

FORMULÁRIO PARA ALVARÁ DE SAÚDE DA DVS PARA RAIOS-X DIAGNÓSTICO MÉDICO E RX ODONTOLÓGICO EXTRA E INTRA-ORAL

1. CADASTRO DA INSTITUIÇÃO:

Razão Social da Instituição		Número CNPJ	
Nome Fantasia		Setor/Departamento	
Endereço			
Bairro	CEP	Fone	Fax
Titular/ Proprietário			
Responsável Técnico(RT)	CPF		Registro do Conselho
Substituto do RT(se houver)	CPF		Registro do Conselho
Supervisor de Proteção Radiológica (se diferente do RT)		CPF	

2. RELAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS RADIOLÓGICOS:

Identificação da Sala	Tipo de Exame	Nº de pacientes/semana

3. LISTAGEM DOS EQUIPAMENTOS:

Identificação da Sala	Fabricante	Modelo	Nº de Série	Tipo de gerador	Nº de tubos	Tipo de colimador

Obs.: Para fluoroscopia, informar o sistema de obtenção de imagem (tela intensificadora ou intensificador de imagens) no lugar de "Tipo de diafragmação".

4. CÂMARA ESCURA:

Nº de câmaras escuras do serviço	Nº de processadoras por câmara escura
Tipo de processamento	<input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Automática

5. LISTAGEM DE FUNCIONÁRIOS:

Nome	Formação e/ou Função	Carga Horária	Registro no Conselho	Monitoração Individual
				<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
				<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
				<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N



12. APRESENTAR O PARECER REFERENTE A APROVAÇÃO DO PROJETO ARQUITETÔNICO DA INSTALAÇÃO.

13. APRESENTAR LAYOUT DAS SALAS DE RAIOS-X (EM ESCALA) CONTENDO:

A) Posicionamento dos equipamentos, painel de controle, visores, mesa de exame, estativa ("bucky" vertical) e demais mobiliário relevante;

B) Classificação das áreas da instalação indicando os fatores de ocupação e fatores de uso;

C) Descrição técnica das blindagens, incluindo espessura e material utilizado.

**Obs.: Este item deve ser relatado em folha anexa.**

14. RELATÓRIO DE LEVANTAMENTO RADIOMÉTRICO CONFORME PORTARIA 453/98

**Obs.: Este item deve ser relatado em folha anexa.**

16. TERMO DE RESPONSABILIDADE PRIMÁRIA:

Eu \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ profissão \_\_\_\_\_  
Inscrito(a) no: \_\_\_\_\_ conselho profissional sob nº \_\_\_\_\_  
CPF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_  
Domicílio à rua \_\_\_\_\_ cidade de \_\_\_\_\_  
Fone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Declaro que sou o(a) responsável legal pelo:  
\_\_\_\_\_ estabelecimento \_\_\_\_\_  
Sita à rua: \_\_\_\_\_

Pelo qual responderei junto à autoridade sanitária quanto às exigências da legislação vigente. Declaro-me, outrossim, ciente de que está sob minha responsabilidade, fazer cumprir, entre outras, as seguintes condições:

\* Assegurar que estejam disponíveis os profissionais necessários em número e com qualificação para conduzir os procedimentos radiológicos, bem como a necessária competência em matéria de proteção radiológica.

\* Incumbir aos médicos do estabelecimento (ou odontólogos, no caso de ser raios-X radiologia odontológica) a tarefa e obrigação primária de garantir a proteção global do paciente na requisição e na realização do procedimento radiológico.

\* Nomear um membro qualificado da equipe para responder pelas ações relativas ao programa de proteção radiológica do serviço.

\* Nomear um médico da equipe (ou odontólogo, em radiologia odontológica) para responder pelos procedimentos radiológicos, levando em conta os princípios e requisitos de proteção radiológica, com autoridade e responsabilidades definidas (RT).

\* Tomar todas as medidas necessárias para evitar falhas e erros, incluindo a implementação de procedimentos adequados de calibração, controle de qualidade e operação dos equipamentos de raios-X.

\* Garantir os recursos necessários para o treinamento apropriado e atualização periódica da equipe sobre técnicas e procedimentos radiológicos, incluindo aspectos de proteção radiológica.

\* Assegurar que nenhum paciente seja submetido a uma exposição médica sem que seja solicitada por um médico, ou odontólogo, no caso de radiologia odontológica.

\* Zelar para que as exposições médicas de pacientes sejam as mínimas necessárias para atingir o objetivo radiológico pretendido e que sejam consideradas as informações relevantes de exames prévios que possam evitar exames adicionais desnecessários.

\* Zelar para que cada profissional tome todas as medidas necessárias para restringir as exposições ocupacionais e exposições ao público a valores tão baixos quanto razoavelmente exequíveis, limitados conforme especificado na Portaria 453/98.

\* Assegurar que a exposição voluntária de acompanhante, ao ajudar um paciente durante um procedimento radiológico, seja otimizada de modo que sua dose seja tão baixa quanto razoavelmente exequível, considerando o nível de restrição de dose estabelecido conforme na Portaria 453/98

\* Prover monitoração individual e o controle de saúde do pessoal ocupacionalmente exposto, conforme descrito na Portaria 453/98.

\* Prover as vestimentas de proteção individual para a proteção dos pacientes, da equipe e de eventuais acompanhantes.

- \* Manter as instalações e seus equipamentos de raios-X nas condições exigidas na Portaria 453/98, devendo prover serviço adequado de manutenção periódica.
- \* Assegurar que todos os procedimentos operacionais estejam escritos, atualizados e disponíveis a equipe.
- \* Garantir que seja fornecida à equipe, por escrito, informação adequada sobre os riscos decorrentes das exposições médicas e das exposições ocupacionais.
- \* A responsabilidade de obter os históricos de exposições ocupacionais prévias, como pré-requisito para a contratação ou engajamento de pessoal.
- \* Manter um exemplar da Portaria 453/98 em cada serviço de radiodiagnóstico sob sua responsabilidade e assegurar que cada membro da equipe tenha acesso ao mesmo.
- \* Estabelecer, e assegurar que sejam entendidas, as funções e responsabilidades de cada profissional, assim como linhas claras de autoridade para tomada de decisão no âmbito do estabelecimento.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Data Assinatura

17. TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA:

Eu \_\_\_\_\_  
 nome profissão

Inscrito(a) no: \_\_\_\_\_ sob n° \_\_\_\_\_  
 conselho profissional

CPF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_  
 Domicílio à rua \_\_\_\_\_ cidade de \_\_\_\_\_

Fone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Declaro que sou o(a) responsável técnico pelo:  
 \_\_\_\_\_  
 estabelecimento

Sito à rua: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Pelo qual responderei junto à autoridade sanitária quanto às exigências da legislação vigente. Declaro-me, outrossim, ciente de que está sob minha responsabilidade, fazer cumprir, entre outras, as seguintes condições:

- \* Assegurar que nos procedimentos radiológicos sejam utilizados as técnicas e os equipamentos adequados.
- \* Zelar para que as exposições de pacientes sejam as mínimas necessárias para atingir o objetivo do procedimento radiológico requisitado, levando em conta os padrões aceitáveis de qualidade de imagem e as restrições conferidas pelos níveis de referência de radiodiagnóstico estabelecidos na Portaria 453/98.
- \* Elaborar e revisar as tabelas de exposição (técnicas de exames) para cada equipamento de raios-X do serviço.
- \* Orientar e supervisionar as atividades da equipe no que se refere às técnicas e procedimentos radiológicos.
- \* Assegurar que sejam feitos os assentamentos dos procedimentos radiológicos, requeridos na Portaria 453/98.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Data Assinatura