



Radiodiagnóstico Odontológico
(Raios-X Odontológico IntraOral, Panorâmico e Tomógrafo de Feixe Cônico)

LEVANTAMENTO RADIOMÉTRICO E RADIAÇÃO DE FUGA

Identificação do Serviço e Procedimento				
Serviço				
Equipamento	Fabricante / modelo / ano	Nº. Série	kV _{máx}	mA _{máx}
Pacientes / Semana:	W (mAmin/semana):			

Local	Barreira Pri./Séc.	Área Liv./Cont.	U	T	Técnica				Leitura		DA	RD	Resultado C / NC
					kV	mAs	t	mA	(nGy)	(nGy/h)	(mSv/ano)	(mSv/ano)	
Parede 1													
Parede 2													
Parede 3													
Parede 4													
Parede 5													
Porta													
Piso													
Teto													
Comando													
Visor													
Outros													
Radiação de Fuga do Cabeçote @ 1m		Valor Máximo Medido (mGy/h)				Valor Corrigido para I _{fuga} (mGy/h)				RD			
										7			

Responsável pelo Teste e Instrumento de Medida				
Responsável			Data da realização do Teste	
Marca:	Modelo:	Nº de Série:	Validade da Calibração:	

DA–Dose Avaliada; RD– Restrição de Dose (área livre=0,5 mSv/ano e área controlada=5,0 mSv/ano)

Obs.

Os relatórios do levantamento radiométrico devem possuir:

1. Croquis da instalação e vizinhanças, com o leiaute apresentando o equipamento de raios X e o painel de controle, com indicação da natureza e da ocupação das salas adjacentes;
2. Descrição da instrumentação utilizada e da calibração;
3. Os parâmetros utilizados devem ser compatíveis com a realidade do serviço;
4. Leituras realizadas em pontos dentro e fora da área controlada, considerando as localizações dos receptores de imagem, observando-se a exigência de que as barreiras primárias sejam avaliadas sem fantoma, e os pontos de leitura estejam assinalados nos croquis;
5. Data, identificação, qualificação profissional e assinatura do responsável pelo laudo de levantamento radiométrico.
6. Anexar fotografia datada (dd/mm/ano) da sala de exames, mostrando o medidor de radiação utilizado no ambiente avaliado.