FICHA POR UNIDADE DE SERVIÇO

Tempo de funcionamento do serviço: |__|__| anos.

Número de exame realizados/mês: |__|__|__|__|.

Tipo de processamento dos filmes: _____

_____

O serviço dispõe de treinamento para residente ou estagiário?
( ) sim ( ) não

Há biblioteca?
( ) sim ( ) não

Principais livros

_____
_____
_____
_____
_____

Principais periódicos

_____
_____
_____
_____
_____

Possui linha de pesquisa com universidade?
( ) sim ( ) não

Nome(s) da(s) universidade(s): _____

_____

Número de profissionais com pós-graduação: |__|__|

O serviço realiza curso ou reuniões de aperfeiçoamento:
( ) sim ( ) não

Nome da empresa com a qual mantêm contrato de manutenção de equipamento:

_____

Proporcionalmente de exames:

Crânio _____ |__|__|__|%

Coluna _____ |__|__|__|%

Tórax _____ |__|__|__|%

Abdome _____ |__|__|__|%

Pelve _____ |__|__|__|%

Músculo-esquelético _ |__|__|__|%

Total 100%

4) Informações Específicas sobre cada aparelho do serviço

Campo magnético: |_____|teslas Gradiente |_____|mT/m

"Slew-rate": |_____|T/m/Seg.