

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Técnico Responsável (GE): \_\_\_\_\_

Técnico Responsável (Hospital): \_\_\_\_\_

**1. VERIFICAÇÃO GERAL DO EQUIPAMENTO**

- ☐ Relatório da manutenção revisado e assinado pela equipe técnica
- ☐ Teste funcional do tomógrafo realizado sem falhas
- ☐ Checagem de mensagens de erro ou alarmes na tela
- ☐ Painel de controle e botões testados e operacionais
- ☐ Fiação e conexões elétricas verificadas e sem danos
- ☐ Sistema de resfriamento funcionando adequadamente

**2. SEGURANÇA E INTEGRIDADE DAS PEÇAS**

- ☐ Borrachas laterais de proteção fixadas corretamente e sem danos
- ☐ Mesa do tomógrafo sem desalinhamentos ou folgas
- ☐ Trilhos e partes móveis verificadas e sem obstruções
- ☐ Parafusos e encaixes das estruturas mecânicas revisados
- ☐ Teste de acionamento dos botões de emergência e parada de segurança

**3. QUALIDADE DE IMAGEM E CALIBRAÇÃO**

- ☐ Teste de qualidade da imagem realizado e aprovado
- ☐ Calibração do tomógrafo confirmada pela equipe técnica
- ☐ Alinhamento do feixe de raios-X validado

**4. FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE COMUNICAÇÃO**

- ☐ Microfone e intercomunicador testados e operando corretamente

Observações:

---

---

---

Assinatura do Técnico (GE): \_\_\_\_\_

Assinatura do Técnico (Hospital): \_\_\_\_\_