**Vstupný dotazník**

**na zhodnotenie kvality**

**mamografického preventívneho a diagnostického pracoviska**

1. **Identifikačné údaje o pracovisku:**
2. Názov prevádzkovateľa:
3. Sídlo prevádzkovateľa:
4. Názov pracoviska:
5. Adresa pracoviska (ak je odlišná, ako sídlo prevádzkovateľa):
6. Telefónne číslo:
7. E-mailová adresa:
8. **Personálne zabezpečenie pracoviska:**
9. Zodpovedný vedúci pracovník (uveďte prosím jeho meno, priezvisko, tituly, funkciu a úväzok na pracovisku):
10. Odborný zástupca pre radiačnú ochranu (uveďte prosím jeho meno, priezvisko, tituly a úväzok na pracovisku):
11. Počet lekárov, určených pre vyhodnocovanie mamografických vyšetrení:
12. Počet rádiologických technikov:
13. Počet sestier:
14. Počet administratívnych pracovníkov:
15. **Údaje o materiálno-technickom vybavení pracoviska:**
16. Typ mamografického prístroja:
* výrobca:
* rok výroby:
1. Expozičné hodnoty pre hrúbku 4,5 cm:
* automat: kV: mAs:
* manuál: kV: mAs:
1. Materiál anódy/filtrácie:
2. Vzdialenosť ohnisko – receptor obrazu:
3. Spôsob digitalizácie:
* priama, režim snímkovania (A x B pixelov):
* nepriama (CR kazety), typ zariadenia a kaziet:
1. Zobrazovací monitor (typ, maximálne rozlíšenie):
2. Vybavenie pracoviska pomôckami pre kontrolu kvality:
* PMMA platne: áno / nie
* hrúbka, plocha:
* RMI 156 fantóm: áno / nie
* DICOM prehliadač: áno / nie
* software pre test. obrazce:
* TG18 QC
* SMPTE
* Iné:
1. **Údaje o uskutočňovaných kontrolách kvality na pracovisku:**
2. Dátum vykonania preberacej skúšky:
3. Frekvencia skúšok dlhodobej stability:
4. Organizácia vykonávajúca skúšky dlhodobej stability (uveďte prosím jej názov a adresu):
5. Dátum poslednej skúšky dlhodobej stability:
6. Skúšky prevádzkovej stálosti:
* vykonávajú sa pravidelne: áno / nie
* pracovník zodpovedný za vykonávanie skúšok prevádzkovej stálosti (uveďte prosím jeho meno, priezvisko, tituly):
* spôsob záznamu výsledkov skúšok:
1. Rozsah vykonávaných skúšok (do nižšie uvedenej tabuľky uveďte prosím frekvenciu uskutočňovaných skúšok):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **sledovaný parameter:** | **potrebné materiálne vybavenie:** | **frekvencia merania:** |
| **1.** | stanovenie PV, STD, EI a AGD | testovací fantóm, vhodný DICOM prehliadač |  |
| **2.** | dlhodobá reprodukovateľnosť(homogenita) | testovací fantóm, vhodný DICOM prehliadač |  |
| **3.** | kompenzácia hrúbky | zoslabovacie vrstvy 20, 45, 60 mm PMMA,vhodný DICOM prehliadač |  |
| **4.** | presnosť indikátora hrúbkykompresie (CNR, SNR) | zoslabovacie vrstvy 20, 45, 60 mm PMMA |  |
| **5.** | artefakty | zoslabovacia vrstva 45 mm PMMA |  |
| **6.** | rozlíšenie systému zobrazenímmamografického fantómu | pomôcka pre rozlíšenie pri nízkomkontraste (napr. akredit. fantóm RMI 156) |  |
| **7.** | fyzikálny kontrast | mamografický Al klin |  |
| **8.** | vizuálna kontrola kompresnejdosky |  |  |
| **9.** | analýza opakovania dig.záznamov (snímok) |  |  |
| **10.** | vizuálna kontrola stavu CRalebo DR detektora | pomôcka pre čistenie |  |
| **11.** | optimalizácia zobrazovaciehoprocesu | testovací fantóm, vhodný DICOM prehliadač |  |
| **12.** | kontrola monitora (vizuálna) | vhodný software zobrazujúci testovacieobrazce |  |
| **13.** | kontrola monitora (meraním) | merač jasu a vhodný software zobrazujúcitestovacie obrazce (TG18 QC, SMPTE) |  |
| **14.** | homogenita detektora (CR, DR) | zoslabovacia vrstva 45 mm PMMA |  |
| **15.** | kontrola pomeru kontrastua šumu | zoslabovacia vrstva 45 mm PMMAs 0,2 mm Al fóliou (2 x 2 cm) a vhodný DICOMprehliadač |  |
| **16.** | kontrola tlačiarne (vizuálna) | vhodný software zobrazujúci testovacieobrazce (TG18 QC, SMPTE) |  |

1. Uveďte prosím, aké diagnostické referenčné úrovne používate (miestne, EÚ, podľa NV SR č. 340/2006 Z. z., iné ...):
2. **Štatistické údaje o počtoch mamografických vyšetrení na pracovisku za rok 2014:**
3. Počet vyšetrených žien vo veku do 40 rokov:
4. Počet vyšetrených žien vo veku od 40 rokov:
5. Spôsob záznamu o vyšetrení (PACS, NIS, RIS, DQC, iné ...):

**Počet preventívnych mamografických vyšetrení za rok 2014:**

1. Počet doplnkových USG k preventívnym mamografickým vyšetreniam:
2. Počet PAB realizovaných preventívne vyšetreným ženám:
3. Počet CCB: benígne:

malígne:

1. Štádium takto zistených malignít:

**Počet diagnosticky mamograficky vyšetrených žien za rok 2014:**

1. Počet doplnkových USG k diagnosticky vyšetreným ženám:
2. Počet CCB: benígne:

malígne:

1. Štádium takto zistených malignít:

**Počet preventívnych USG vyšetrení do 40 rokov:**

**Počet diagnostických USG vyšetrení do 40 rokov:**

**Mamografické pracovisko má / nemá náväznosť na chirurgické pracovisko** (ak má náväznosť, uveďte prosím jeho adresu):

**Mamografické pracovisko má / nemá náväznosť na prsníkovú komisiu** (ak má náväznosť, uveďte prosím jej adresu):

**Negatívny nález sa žena dozvie do 3 pracovných dní:** áno / nie/ neviem

**Diagnóza je uzavretá do 15 pracovných dní:** áno / nie/ neviem

1. **Školenie a vzdelávanie personálu na pracovisku:**
2. Počet pracovníkov špeciálne zaškolených pre vykonávanie mamografických vyšetrení:
3. Druhy absolvovaného odborného školenia (uveďte prosím dĺžku a miesto školenia):
4. Frekvencia školení:
* na pracovisku:
* mimo pracoviska:
* uveďte prosím názov organizátora, miesto školenia a jeho dĺžku:

**Kontaktná osoba poverená komunikáciou:**

Meno, priezvisko, tituly a funkcia:

Telefónne číslo:

E-mailová adresa:

**Vyhlásenie:**

Svojim podpisom potvrdzujem, že uvedené údaje sú správne.

**Dátum:**

**Meno, priezvisko, tituly a podpis riaditeľa alebo štatutárneho orgánu alebo odborného zástupcu, zodpovedného za vedenie pracoviska:**