

Centre de radiologie

Docteur(s) : _____

Adresse : _____

Registre
Installation de
mammographie analogique

Matériel de contrôle qualité en interne

Identification :

Fantôme :

Marque : _____

Modèle : _____

Numéro de série : _____

Sensitomètre :

Marque : _____

Modèle : _____

Numéro de série : _____

Densitomètre :

Marque : _____

Modèle : _____

Numéro de série : _____

Conditions cliniques habituelles d'exposition

Conditions pour un sein de taille et de densité moyennes

Format 18*24 :

Mammographe :

Mode ou kV : _____

Pas de cellule (à modifier selon les cas) : _____

Systeme de développement :

Sens de développement : _____

Format 24*30 :

Mammographe :

Mode ou kV : _____

Pas de cellule (à modifier selon les cas) : _____

Systeme de développement :

Sens de développement : _____

Résultats des contrôles en interne

- **Date et réalisation des tests à préciser dans chaque tableau et courbe**
- **Résultats des contrôles**
- **Date de remise en conformité en cas de non-conformité constatée**
- **Rapports de contrôle qualité externe**