



Centro Regional de Referencia para Dosimetría (CRRD)

Formulario para solicitar la calibración de dosímetros para radioterapia

A completar por el CRRD	Fecha:		RT:	
-------------------------	--------	--	-----	--

Completar UN formulario por cada electrómetro.
Completar todos los campos obligatorios (*).

*A. Datos para el Certificado / Informe

Nombre:					
Dirección:					
Número:		Piso:		Departamento:	
Ciudad:				Código Postal:	
Provincia:				País:	

*B. Datos para la Facturación

Razón Social:	
N° de CUIT:	

*C. Datos de la persona de contacto

Nombre y Apellido:			
Teléfono:		Interno:	
WhatsApp:		e-mail:	

*D. Modo de Calibración

Elija una opción: MODO MANUAL: electrómetro más cámara de ionización
 MODO AUTOMATICO: cámara de ionización sin electrómetro

*E. Información del Electrómetro

Marca	Modelo	N° de Serie



***F. Información de las Cámaras**

	Marca	Modelo	Nº de Serie	Volumen /cm ³	Voltaje Aplicado (1)	Polaridad
Cámara 1:						
Cámara 2:						

(1) en el modo automático, la polaridad y el voltaje serán aplicados al electrodo colector central de la cámara de ionización según el electrómetro de referencia del laboratorio.

***G. Trabajo requerido**

(Marque lo que corresponde)

	⁶⁰ Co (conjunto electrómetro más cámara de ionización)		⁶⁰ Co sistema automático (solo cámaras de ionización)	
	AIRE (N _K)	AGUA(N _{D,w})	AIRE (N _K)	AGUA(N _{D,w})
Cámara 1:				
Cámara 2:				

Importante: Verifique que la información solicitada en los campos obligatorios esté completa, de lo contrario esta solicitud será rechazada.
Sólo se aceptarán formularios completados en forma digital.

Enviar este formulario completo haciendo click en el e-mail crrd.radioterapia@gmail.com