**CANDIDATURA AO CURSO DE DOSIMETRIA INTERNA EM MEDICINA NUCLEAR**

**Data: 11 a 15 de setembro de 2023.**

**Horário: 08:00 às 17:00 horas.**

**Local: Rua General Severiano, 90 – Botafogo – Rio de Janeiro (SEDE/ CNEN)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome:**  |  |
|  |  |
| **Endereço:** |  |
|  |  |
| **Telefone:** |  |
|  |  |
| **E-mail:** |  |
|  |  |
| **Data de nascimento:** |  |
|  |  |
| **Como ficou sabendo do curso:** ( ) Redes sociais ( ) Grupo de Whatsapp ( ) Outros |
|  |  |
| **Graduação:** ( ) Física Médica ( ) Física ( ) Outros |
|  |  |
| **Descreva resumidamente a sua experiência em dosimetria interna de pacientes na área de Medicina Nuclear:** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Quais os motivos que você considera importantes para participação nesse curso? (incluir informações como: se a instituição em que trabalha realiza atualmente terapia, dosimetria interna e os equipamentos disponíveis para realizar a dosimetria incluindo programas que tem domínio e trabalhos publicados no tema)** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Você estaria disposto, após o treinamento, de participar de um grupo de discussão e ministrar um treinamento na sua região alinhando mínimos custos para disseminar o conhecimento para outros físicos médicos?** |
| **( ) Sim ( ) Não** |
|  |
| **A instalação em que atua realiza terapia com radiofármacos? Em caso afirmativo, encaminhar comprovação de vínculo com a instituição.**  |
| **( ) Sim ( ) Não** |
|  |  |
| **Realiza a dosimetria interna de pacientes para algum radionuclídeo?**  |
| **( ) Sim ( ) Não** |
|  |
| **Não realiza dosimetria interna de pacientes em Medicina Nuclear, mas:** |
| **( ) tem condições físicas (SPECT ou SPECT/CT, PET/CT, gama probe);** |
| **( ) tem programa de computador para suporte;** |
| **( ) tem interesse de disseminar esse tema na região.** |
|  |  |
|  |  |
| **Observações:** 1. **O formulário preenchido deve ser encaminhado para o e-mail:** **cursodosimetriainterna@cnen.gov.br**
2. **Junto com formulário preenchido deve ser encaminhado também documento comprobatório de formação na área de física médica (cópia de diploma).**
 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |