

RADIOLOGIST CHECKLIST

PAZIENTE: NOME _____ COGNOME _____ DATA DI
 NASCITA _____

IL CARDIOLOGO HA VERIFICATO COMPATIBILITA' E INTEGRITA' DEL DEVICE ED
 ASSENZA DI CONTROINDICAZIONI ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME.

IL CARDIOLOGO HA IMPOSTATO IL DEVICE SULLA CONFIGURAZIONE RM
 COMPATIBILE

IL PAZIENTE VIENE MONITORIZZATO ED ENTRA IN RISONANZA

L'ESAME VIENE CONDOTTO SECONDO I PARAMETRI SPECIFICI (vedi TABELLA
 sotto)

	BIOTRONIC	BOSTON	MEDTRONIC	S. JUDE	SORIN
SAR (capo)	< 3,2 W/kg	< 3,2 W/kg	< 3,2 W/kg	< 3,2 W/kg	< 3,2 W/kg
SAR (corpo intero)	< 2 W/kg	< 2 W/kg	< 2 W/kg	< 2 W/kg	< 2 W/kg
Slew rate max gradiente	< 200 T/m/s	< 200 T/m/s	< 200 T/m/s	< 200 T/m/s	< 200 T/m/s
Paziente non febbrile	X	X	X	X	X
Decubito solo supino o prono					
Aree di restrizione	Isocentro non sotto gli occhi ne sopra le anche (con Fov di 50 cm)	Escludere le regioni pettorali	Sopra il device max gradiente 50 T/m Full body scan	Non precis.	Isocentro non sotto gli occhi ne sopra le anche.
Durata esposizione	< a 40 min	< a 40 min	< a 40 min	< a 40 min.	< a 40 min
Campo Statico 1,5 T		Device compatibili 1,5 o 3 T			
Bobine sola					

ricezione					
------------------	--	--	--	--	--

IL CARDIOLOGO REIMPOSTA IL DEVICE NELLA FUNZIONALITA' PREVISTA PER IL PAZIENTE E VERIFICA IL CORRETTO FUNZIONAMENTO

Data: Firma del Neuroradiologo/Radiologo esecutore dell'indagine
.....