



Azienda Ospedaliero-Universitaria
“Policlinico G. Rodolico – San Marco”
Catania

CHECK LIST CARDIOLOGICA
PER LA VALUTAZIONE DELLA IDONEITÀ
DEI DISPOSITIVI IMPIANTATI ATTIVI CARDIACI PER L'ESECUZIONE DI RM

PAZIENTE: NOME.....COGNOME.....
DATA DI NASCITA.....U.O.....

TIPOLOGIA DISPOSITIVO			
MODELLO DISPOSITIVO			
Adeguatezza tempo di impianto	Si	No	
Idoneità parametri	Si	No	
Altri dispositivi impiantati	Si	No	
Se SI indicare tipologia e modello			
Altri dispositivi abbandonati	Si	No	
Se SI indicare tipologia e modello			
Dispositivo MR-conditional	Si	No	

Data,.....

Il Cardiologo
Timbro e firma