



**Azienda Ospedaliero-Universitaria
"Policlinico G. Rodolico - San Marco"
Catania**

CHECK-LIST RADIOLOGICA DEL DEVICE MR-CONDITIONAL

PAZIENTE: NOME.....COGNOME.....

DATA DI NASCITA.....U.O.....

| TIPOLOGIA E MODELLO DEVICE | | | |
|-----------------------------------|--|--------------------------------|---|
| Aree di restrizione | Isocentro non sotto gli occhi né sopra le anche (con Fov di 50 cm) | Escludere le regioni pettorali | Sopra il device max Gradiente 50 T/m Full body scan |
| S.A.R. (corpo intero) | | | |
| S.A.R. capo | | | |
| Slew rate max gradiente | | | |
| Durata esposizione | | | |
| Campo Magnetico | | | |
| Gradiente spaziale massimo | | | |
| Bobina sola ricezione | | | |
| Tempo dall'impianto | | | |
| Altro | | | |

Data,.....

Il Radiologo

Il TSRM
