**Załącznik nr 2 do umowy  
APT-MI/43/2024**

Nazwa firmy, adres:

Data:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA BADANIA METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO**

Celem ułatwienia oceny ewentualnych przeciwwskazań do badań Rezonansem Magnetycznym pacjentów z wszczepionymi implantami, przedstawiamy następujące dane dotyczące naszego wyrobu:

**1. Nazwa rodzajowa\*:** ……………………………………………………………………………………………………………

**2. Nazwa handlowa\*:** ……………………………………………………………………………………………………………

**3. Producent\*:**

………………………………………………………………………..…………………………………

**4. Materiały z jakich został wykonany\*:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**5. Okres karencji od momentu implantacji, w którym nie należy wykonywać badania MRI\***

(nie występuje / jeżeli występuje to określić czas:

……………………………………………………………………………….………………………

**6. Klasyfikacja bezpieczeństwa w środowisku rezonansu magnetycznego wg ASTM** (MR UNSAFE - niebezpieczne / MR CONDITIONAL – warunkowo bezpieczne/ MR SAFE -bezpieczne):

…………………………………………………………….……………………………………………

**7. Dodatkowe dane dla wyrobów uznanych za warunkowo bezpieczne (MR CONDITIONAL):**

1) Sugerowana wartość indukcji statycznego pola magnetycznego: do ..…… Tesli

2) Gradient przestrzenny pola magnetycznego:……. ≤ gausów/cm

3) Maksymalny dla danego systemu MRI współczynnik absorpcji swoistej (SAR) przy 15 minutowym czasie trwania skanu: ……. W/kg

**Niniejszy dokument nie wskazuje jednoznacznie czy pacjent z wszczepionymi implantami może mieć wykonane badanie Rezonansem Magnetycznym. Stanowi on jedynie pomoc w podjęciu decyzji przez lekarza radiologa.**

……………………………………..…

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania firmy

\* pola obowiązkowe