

Nazwa firmy, adres:

Data:

INFORMACJE DOTYCZĄCE BADANIA METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO

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

*Nazwa
rodzajowa:.....
.....

*Nazwa
handlowa:.....
.....

*Producent:.....
.....

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

*Okres karencji od momentu implantacji, w którym nie należy wykonywać badania MRI (nie występuje / jeżeli występuje to określić czas):.....

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

.....
.....

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

Sugerowana wartość indukcji statycznego pola magnetycznego: do Tesli

Gradient przestrzenny pola magnetycznego:..... ≤ gausów/cm

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