



Zakład Diagnostyki Obrazowej
Pracownia Rezonansu Magnetycznego

Załącznik nr 17

do Instrukcji w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej
oraz sposobu jej przetwarzania w ZDO Szpitala „MCZ” S.A. w Lubinie
i w innych komórkach organizacyjnych ZDO „MCZ” S.A.

Załącznik do badania MR u osób ze wszczepionymi urządzeniami do elektroterapii serca

Nazwisko i imię Pacjenta	PESEL	Lekarz kierujący	Rodzaj badania

Typ urządzenia (firma)

Data implantacji Powyżej 6 tygodni? TAK NIE

Urządzenie certyfikowane do badań MR	TAK	NIE
Elektrody certyfikowane do badań MR	TAK	NIE
Urządzenie i elektrody tego samego producenta	TAK	NIE
Obecność elektrod nasierdziowych	TAK	NIE
Obecność elektrod nieczynnych, uszkodzonych lub porzuconych układów/elektrod/fragmentów elektrod, w tym w powłokach brzusznych	TAK	NIE
Pacjent zależny od stymulacji	TAK	NIE

KWALIFIKACJA DO BADANIA TAK NIE

Lekarz kwalifikujący:

W pracowni MR:

Zewnętrzny defibrylator	TAK	NIE
Programator kompatybilny	TAK	NIE
Monitorowanie EKG, pulsoksymetr	TAK	NIE

Urządzenie przeprogramowane w tryb rezonansowy TAK godz NIE

Kontrola układu po badaniu TAK godz NIE

Ustalona kontrola po 30 dniach TAK NIE

.....
/data/

.....
/lekarz odpowiedzialny za programowanie/