



**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			
<b>Aree di restrizione</b>	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
<b>S.A.R. (corpo intero)</b>			
<b>S.A.R. capo</b>			
<b>Slew rate max gradiente</b>			
<b>Durata esposizione</b>			
<b>Campo Magnetico</b>			
<b>Gradiente spaziale massimo</b>			
<b>Bobina sola ricezione</b>			
<b>Tempo dall'impianto</b>			
<b>Altro</b>			

Data,.....

Il Radiologo

\_\_\_\_\_  
Il TSRM  
\_\_\_\_\_