

Kontrolní list před MR vyšetřením osoby s:

- ☐ Neurostimulačním systémem hluboké mozkové stimulace (DBS)
☐ Míšním stimulátorem (MS)
☐ Baclofenovou pumpou (BP)

Vyšetřovaná osoba

Jméno, příjmení	
Rodné číslo (datum narození, není-li RČ)	
Kód zdravotní pojišťovny	

Vyplňuje radiologický asistent MR pracoviště

MR tomograf a jeho příslušenství splňují požadavky na vyšetření osoby s DBS/MS/ BP?	☐ ANO	☐ NE
Připravené vyšetřovací sekvence splňují požadavky systému DBS / MS / BP pro provedení MR s ohledem na SAR a délku vyšetření?	☐ ANO	☐ NE
Byla zkontrolována všechna případná omezení, která má implantované zařízení s ohledem na vyšetřovanou oblast těla a umístění vyšetřované osoby v magnetickém poli?	☐ ANO	☐ NE
Neurolog provedl přepnutí implantátu do MR-módu?	☐ ANO	☐ NE
Vyšetřovaná osoba byla odeslána zpět na Neurologickou kliniku?	☐ ANO	☐ NE
MR tomograf a jeho příslušenství splňují požadavky na vyšetření osoby s DBS/MS/ BP?	☐ ANO	☐ NE

Datum, čas	Jmenovka a podpis radiologického asistenta