

AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE
E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

N. 000764

del 18 OTT. 2019

OGGETTO: Adozione Procedura "Esecuzione di RM in pazienti portatori di dispositivi cardiaci impiantabili attivi (CIED) MR-CONDITIONAL"

U.O.C. STAFF DIREZIONE AZIENDALE

Proposta n. 54 del 15-10-2019

I Responsabili
del procedimento

Resp. U.O.S. Gestione Qualità e Rischio Clinico

Dott. Antonio Capodicasa

[Signature]

Direttore U.O.C. Staff Direzione Aziendale

Ing. Salvatore Caronia

[Signature]

U.O.C. ECONOMICO - FINANZIARIO
ANNOTAZIONE CONTABILE - BILANCIO
Esercizio 2019

Prot. n. _____ del _____

N° Conto economico _____

N° Conto Patrimoniale _____

Budget assegnato (Euro) _____

Budget già utilizzato (euro) _____

Conto presente atto (Euro)

Disponibilità residua
di budget (Euro)

Non comporta ordine di spesa

Il Responsabile
del procedimento

[Signature]

Il Direttore dell'U.O.C.

Dott.ssa Rosaria Di Fresco

[Signature]

L'anno duemiladiciannove giorno dieciotto del mese di Ottobre, nei locali della Sede Legale di Piazza Nicola Leotta, 4 Palermo, il Direttore Generale Dott. Roberto Colletti, nominato con D.P. N.195/Serv.1°/S.G.del 04.04.2019, assistito da Dott.ssa O.N. Giromonte quale segretario verbalizzante adotta la presente delibera sulla base della proposta di seguito riportata

Il Direttore U.O.C. Staff Direzione Aziendale Ing. Salvatore Caronia,

Viste per le parti coerenti le leggi n.196/2003 e il Regolamento (UE) 2016/679, recepito con D.lgs 10/8/2018, n.101 sulla privacy, nonché la L.403/98 su semplificazione amministrativa;

Visto il Requisito Organizzativo Generale del D.A. 890 del 17/6/2002 “**Direttive per l’accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie della Regione Siciliana**”, di cui alla nota SVMQ 1.1A.083 in relazione alla quale (sub capitolo Linee-guida, Protocolli terapeutici e diagnostici) ”*In tutte le articolazioni organizzativo-funzionali è favorito l’utilizzo delle linee guida predisposte da società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche-discipline come strumento della qualità dell’assistenza. Le linee guida, i regolamenti e i protocolli terapeutici devono essere predisposti in maniera integrata da parte delle strutture organizzative affini operanti in più sedi e come modalità di rapporto fra strutture organizzative diverse.*”

Visto il D.A. 1528 del 12/8/2011 col quale viene adottato il ”**Manuale per la gestione del rischio clinico**” ed i 65 Standard in esso contenuti fra cui **QPS.1** (*I responsabili del governo e della guida dell’organizzazione partecipano alla pianificazione e al monitoraggio di un programma per il miglioramento della qualità e della sicurezza dei pazienti*) e **ACC.3** (*L’ospedale definisce e implementa i processi atti a garantire la continuità dei servizi sanitari offerti al paziente all’interno dell’ospedale e i processi atti a garantire il coordinamento tra i professionisti sanitari.*)

Visto il D.A. del 10 Agosto 2018 “Determinazione degli standard di sicurezza e impiego per le apparecchiature di Risonanza Magnetica”

Dato atto che la Procedura “**Esecuzione di RM in pazienti portatori di dispositivi cardiaci impiantabili attivi (CIED) MR-CONDITIONAL**” così come descritta nell’Allegato A e nelle schede ad essa associate di cui agli Allegati B (pagine 1,2 e 3) e C, allegate al presente provvedimento, di cui costituiscono parte integrante e sostanziale, è stata revisionata dal Responsabile dell’U.O.S. Gestione Qualità e Rischio Clinico, che in coerenza con i contenuti della Procedura Aziendale, denominata “Procedura delle Procedure”, ne ha verificato ed approvato forma e contenuti coerenti con quest’ultima.

Dato Atto che la procedura succitata, condivisa tra i Direttori/Responsabili della UU. OO. firmatarie, è coerente con la Mission e le Politiche Aziendali relative al miglioramento della Qualità e della Sicurezza e alla efficientizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici aziendali.

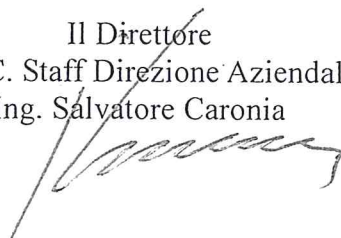
Dato atto della regolarità della istruttoria della relativa pratica e della conformità della presente proposta alla normativa vigente che disciplina la materia trattata

Considerato che il presente Atto non comporta oneri di spesa sul corrente bilancio aziendale

PROPONE di

- 1) **Adottare la Procedura “Esecuzione di RM in pazienti portatori di dispositivi cardiaci impiantabili attivi (CIED) MR-CONDITIONAL”** così come descritta nell’allegato A e negli Allegati B e C allegati al presente Atto.
- 2) **Dare mandato** ai Direttori delle U.O. coinvolte nel processo di curarne la diffusione e verificarne l’applicazione nella maniera più capillare ed efficace possibile
- 3) **Disporre** che il presente atto venga notificato, da parte della Direzione, ai Direttori delle U.O. Aziendali firmatarie della succitata Procedura nonché al Responsabile dell’U.O. Informatizzazione e Telecomunicazioni ed al Responsabile della UOS Gestione Qualità e Rischio Clinico, per le rispettive competenze;

Il Direttore
U.O.C. Staff Direzione Aziendale
Ing. Salvatore Caronia



18 ott
2019

Sul presente atto viene espresso

parere _____ favorevole _____ dal parere _____ favorevole _____ dal

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dr. Francesco Paolo Tronca

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Salvatore Requierez

IL DIRETTORE GENERALE

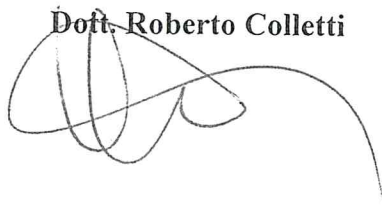
- vista la proposta di deliberazione che precede e che qui si intende riportata e trascritta;
- preso atto dei i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;
- ritenuto di condividerne il contenuto;
- assistito dal segretario verbalizzante,

DELIBERA

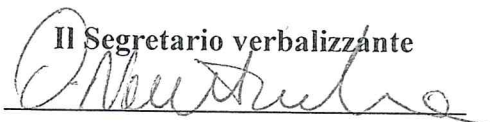
di approvare la superiore proposta, che qui s'intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata dal Dirigente Responsabile della struttura proponente

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Roberto Colletti



Il Segretario verbalizzante



	<p style="text-align: center;">Procedura</p> <p style="text-align: center;">Esecuzione di RM in pazienti portatori di dispositivi cardiaci impiantabili attivi (CIED) MR-CONDITIONAL</p>	<p style="text-align: center;">Rev. 0</p> <p style="text-align: center;">Data 5/9/2019</p> <p style="text-align: center;">Pagina 1 di 8</p>
---	--	---

SOMMARIO

Sommario.....1

1. Introduzione.....2

2. Scopo/ obiettivo.....3

3. Definizioni3

4. Matrice delle responsabilità.....4

5. Diagramma di flusso N°1.....5

6. Diagramma di flusso N°26

7. Descrizione Attività.....7

8. Registrazione ed archiviazione.....8

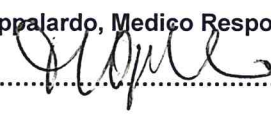
9. Riferimenti e allegati.....8


10. Indicatori /Parametri di controllo.....8

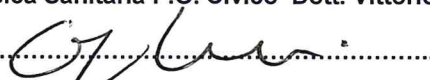
11. Lista di distribuzione.....8

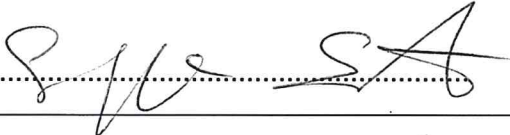
000764

Redazione:

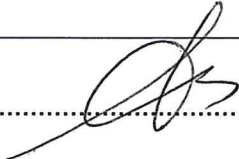
U.O.C. Neuroradiologia Dott.ssa Maria Pia Pappalardo, Medico Responsabile della Sicurezza Impianto GE Civico Pad. 4 e Radiologia G. Di Cristina 

U.O.C. Radiologia P.O. Civico Dott. Domenico Messina, Medico Responsabile della Sicurezza Impianto Philips Civico Pad. 8 


U.O.C. Fisica Sanitaria P.O. Civico Dott. Vittorio Caputo, Esperto Responsabile della Sicurezza Pad. 4 e Pad. 8 

U.O.C. Cardiologia P.O. Civico Dott. Giuseppe Sgarito 

Verifica :

Resp. UOS Gestione Qualità e Rischio Clinico Dott. Antonio Capodicasa 

Revisione e Approvazione:

Direttore Sanitario Aziendale Dott. Salvatore Requirez 

ARNAS CIVICO DI CRISTINA BENFRATELLI
 Il Direttore Sanitario
 Dott. Salvatore Requirez

 <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione</p>	<p>Procedura</p> <p>Esecuzione di RM in pazienti portatori di dispositivi cardiaci impiantabili attivi (CIED) MR-CONDITIONAL</p>	<p>Rev. 0</p> <p>Data 5/9/2019</p> <p>Pagina 2 di 8</p>
---	--	---

1. INTRODUZIONE

Questo documento di consenso è stato sviluppato per fornire un supporto all'attività clinica dei radiologi, neuroradiologi e dei cardiologi coinvolti nella pianificazione ed esecuzione di esami di Risonanza Magnetica (RM) in pazienti portatori di pacemaker RM SAFE, defibrillatori impiantabili e loop recorder, (CIED-dispositivi cardiaci impiantabili attivi MR-CONDITIONAL) al fine di garantire la sicurezza del paziente e degli operatori, anche in considerazione della crescente richiesta di esami RM di tutti i distretti corporei, prevedibile nei prossimi anni per questi pazienti.

L'introduzione sul mercato di dispositivi compatibili con la risonanza magnetica (MRconditional) consente l'esecuzione, in condizioni controllate, di esami di imaging MR altrimenti preclusi

Il Documento elaborato dal **Gruppo di Lavoro** Istituto Superiore di Sanità, Associazione Italiana Fisica Medica, Federazione Italiana Cardiologi, Società Italiana Radiologia Medica, Associazione Italiana Aritmologia e Cardioritmo, Associazione italiana Ingegneria Clinica, al quale ci siamo riferiti, costituisce dal punto di vista medico-legale, la volontà di fornire un servizio in linea alle più aggiornate indicazioni condivise nell'ambiente scientifico. Presupposti indispensabili alla formulazione di un percorso per i pazienti portatori di pace-maker RM compatibile e che necessitano di eseguire un'indagine RM sono:

- elaborazione di una *check-list*, costituita da 2 parti, da compilarsi distintamente dal *Cardiologo e dallo specialista Radiologo o Neuroradiologo*, e di uno *specifico consenso all'esame per il paziente portatore di dispositivi cardiaci impiantabili attivi: pacemaker, defibrillatori, loop recorder MR Conditional*
- *formazione* di tutti gli attori e personale coinvolto nella procedura prima dell'inizio di tale attività;
- Identificazione di una **sessione specifica** di risonanza magnetica dedicata agli esami per pazienti portatori di CIED MR-CONDITIONAL
- controllo da parte del cardiologo, della documentazione riguardante le caratteristiche tecniche dei dispositivi cardiaci.

 <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione</p>	<p>Procedura</p> <p>Esecuzione di RM in pazienti portatori di dispositivi cardiaci impiantabili attivi (CIED) MR-CONDITIONAL</p>	<p>Rev. 0</p> <p>Data 5/9/2019</p> <p>Pagina 3 di 8</p>
---	--	---

2. SCOPO

Garantire la sicurezza del pazienti ricoverati e/o DH e DS attraverso un percorso condiviso utile all'attività clinica di cardiologi e radiologi e neuroradiologi coinvolti nella pianificazione ed esecuzione di esami di Risonanza Magnetica (RM) in pazienti portatori di pacemaker, defibrillatori impiantabili e loop recorder MR-Conditional


3. DEFINIZIONI

sigla o abbreviazione	descrizione
MR o RM	Risonanza magnetica
T	Tesla
PM	Pace-Maker
RF	Radiofrequenza
CIED	Cardiac implantable electronic device (PM, defibrillatori e loop recorder)
T.S.R.M.	Tecnico Sanitario Radiologia Medica
I.	Infermiere
S.A.R.	Specific absorption rate
D.M.	Decreto Ministeriale
PACS	Picture Archiving and Communication System
RIS	Radiology Information System

4. CAMPO DI APPLICAZIONE

La seguente procedura si applica ai pazienti portatori di pacemaker, defibrillatori impiantabili e loop recorder MR-Conditional ricoverati e/o DH e DS dell'ARNS CIVICO di Palermo.

AUSGATO A

 <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione</p>	<p>Procedura</p> <p>Esecuzione di RM in pazienti portatori di dispositivi cardiaci impiantabili attivi (CIED) MR-CONDITIONAL</p>	<p>Rev. 0</p> <p>Data 5/9/2019</p> <p>Pagina 4 di 8</p>
---	--	---

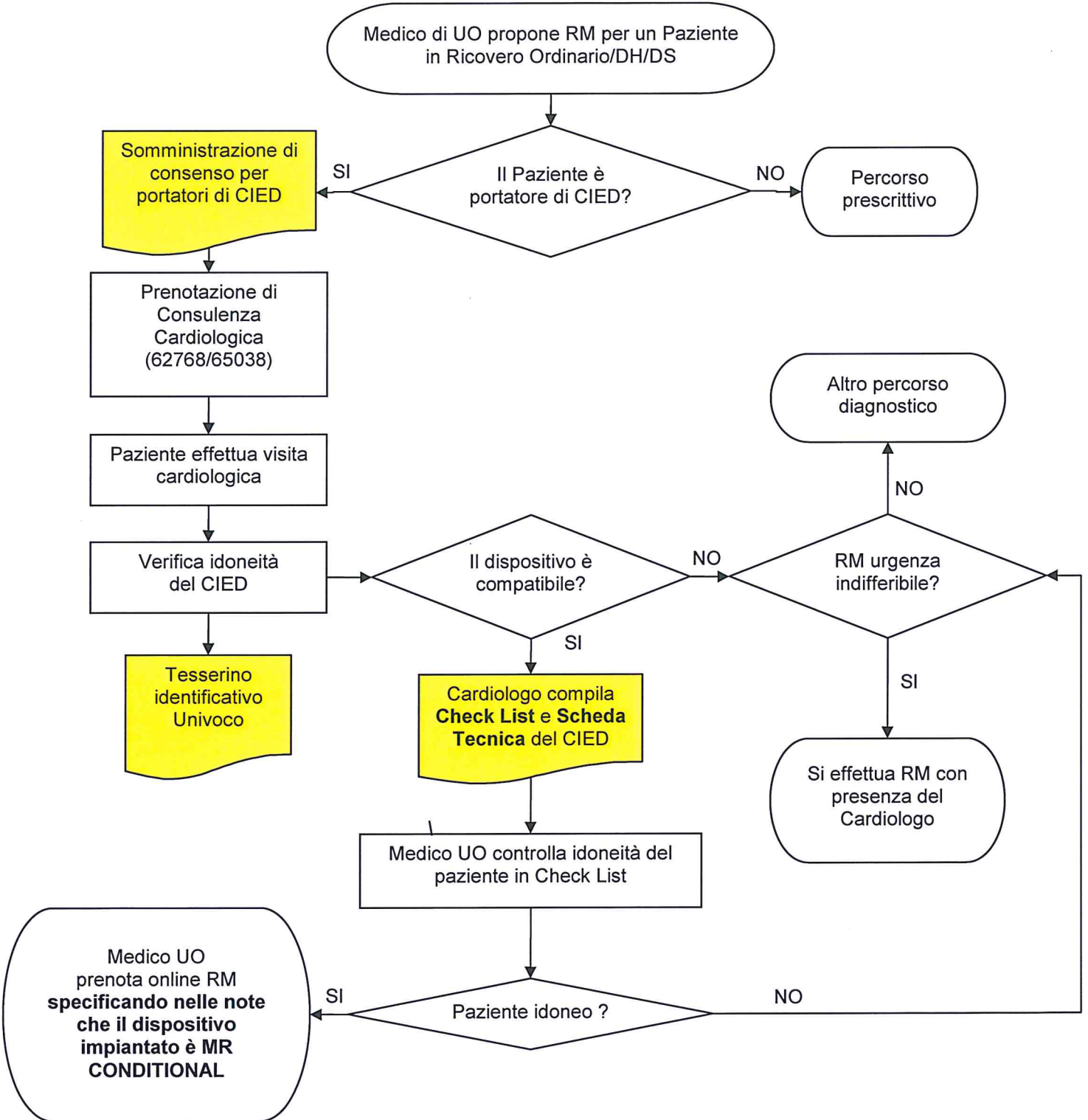
5. Matrice delle Responsabilità

RESPONSABILI ATTIVITA'	Medico U.O	Neuroradiologo Radiologo	Cardiologo Elettrofisiologo	TSRM	Infermiere
Propone RM	R				
Richiede consulenza cardiologica	R				
Esegue verifica del tesserino di identificazione univoca e le condizioni di idoneità del dispositivo cardiaco			R		
Compila check-list e allega scheda tecnica del dispositivo cardiaco			R		
Prenota RM one-line	R				
Programma dispositivo cardiaco			R**		
Valuta check-list cardiologica		R			
Compila: consenso informato, questionario anamnestico, consenso specifico alla RM e firma per la fattibilità dell'esame		R			
Predispone l'esecuzione della RM		R			
Monitora il paziente					R
Effettuano double-check ed eseguono RM		R		R	
Riprogramma dispositivo cardiaco entro 24 ore dall'esecuzione della RM			R**		

** o figura professionale abilitata (Infermiere, Tecnico di Fisiopatologia Cardio-Circolatoria e Perfusione Cardiovascolare)

 <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione</p>	<p>Procedura</p> <p>Esecuzione di RM in pazienti portatori di dispositivi cardiaci impiantabili attivi (CIED) MR-CONDITIONAL</p>	<p>Rev. 0</p> <p>Data 5/9/2019</p> <p>Pagina 5 di 8</p>
---	--	---

6 . Diagramma di flusso N°1 (Richiesta RM “interna” di paziente portatore di CIED)



Augusto A



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

Procedura

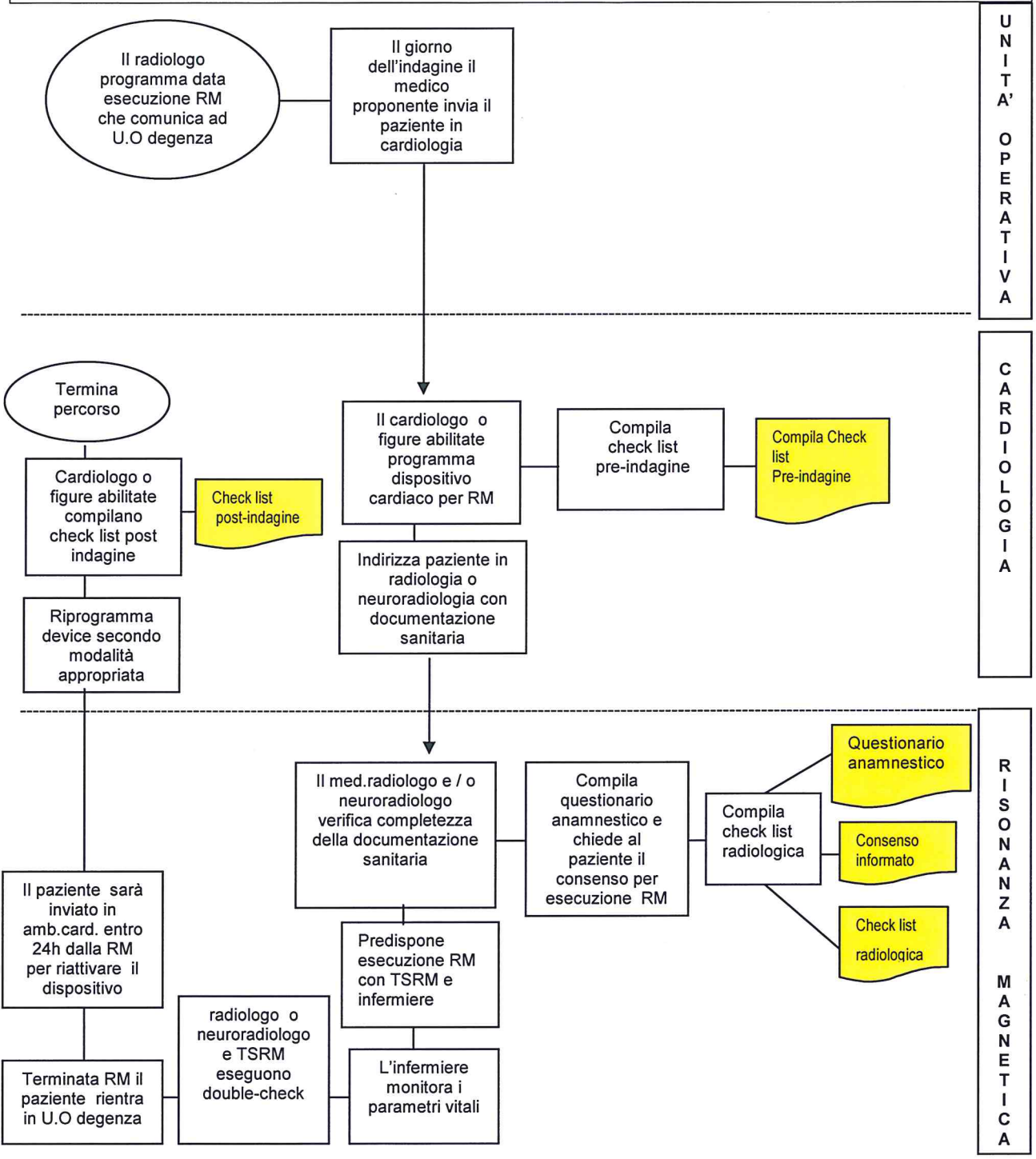
Esecuzione di RM in pazienti portatori di dispositivi cardiaci impiantabili attivi (CIED) MR-CONDITIONAL


Rev. 0

Data 5/9/2019

Pagina 6 di 8

7. Diagramma di flusso N°2 (Esecuzione RM in paziente portatore di CIED)




 <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione</p>	<p>Procedura</p> <p>Esecuzione di RM in pazienti portatori di dispositivi cardiaci impiantabili attivi (CIED) MR-CONDITIONAL</p>	<p>Rev. 0</p> <p>Data 5/9/2019</p> <p>Pagina 7 di 8</p>
--	--	---

8. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

1. Il Medico dell'U.O., stabilita l'esigenza diagnostica di effettuare la RM a paziente ricoverato in regime ordinario – DH - DS, portatore di dispositivo cardiaco, impiantabile attivo (PM, defibrillatore e loop recorder) MR Conditional propone consulenza cardiologica, al fine di stabilire l'idoneità all'esecuzione dell'esame, concordando telefonicamente la data della consulenza, chiamando ai numeri interni: 62768 o 65038.
2. Il Cardiologo esegue consulenza durante la quale saranno verificati: il tesserino di identificazione univoca del dispositivo cardiaco (Regolamento Dispositivi Medici entrato in vigore il 25/05/2017), e le condizioni di idoneità alla RM.
3. Il Cardiologo accertata l'idoneità alla RM, compila la check-list (pre-esame) (Allegato B) e la scheda tecnica del dispositivo e successivamente indirizza il paziente, con la relativa documentazione (Check List + scheda tecnica ed altro ritenuto necessario), all'U.O. in cui è ricoverato.
4. Il Medico dell'U.O. controllata la documentazione d'idoneità, prenota la RM tramite richiesta online, che sarà effettuata nella sessione specifica dedicata.
5. Nei casi di inidoneità dei dispositivi cardiaci, dove necessariamente si determina l'esigenza diagnostica della RM, perché urgente indifferibile, l'esame sarà eseguito con la supervisione del cardiologo.
6. Nei casi per i quali non si determinano le condizioni d'idoneità del dispositivo e di urgenza indifferibile all'esecuzione della RM, il paziente seguirà altro percorso diagnostico.
7. Il Medico responsabile della prestazione diagnostica (radiologo o neuroradiologo) ai fini dell'applicazione del principio di giustificazione, ovvero della decisione ultima sulla sostenibilità dell'esame, valuta la richiesta al momento della prenotazione, soppesando l'assoluta necessità dell'esame richiesto e la impossibilità, nel caso specifico, ad eseguire altre indagini alternative, quindi programma la data di esecuzione dell'indagine RM.
8. Il Medico responsabile della prestazione diagnostica, il giorno dell'esecuzione dell'esame, verifica la documentazione clinico-radiologica e gli esami di laboratorio del paziente, conferma l'indicazione e l'idoneità RM del dispositivo, compila la check-list e lo specifico questionario anamnestico per l'indagine RM e il consenso informato.
9. Il Cardiologo** prima dell'indagine RM verifica il consenso informato (Allegato B) la checklist dell'idoneità e programma (Allegato B) ed imposta il dispositivo nella modalità prevista per quel particolare dispositivo.
10. Si predispongono il paziente ad esame RM con monitoraggio dei parametri vitali sorvegliati dall'infermiere durante tutto il periodo di svolgimento dello stesso.
11. Il medico responsabile della prestazione diagnostica, insieme al TSRM effettuano "DOUBLE CHECK" cosicché il TSRM esegue l'esame secondo le direttive del radiologo o del neuroradiologo.
12. Al termine dell'esame diagnostico il paziente sarà accompagnato nell'U.O. di degenza.
13. Entro 24 ore dall'esecuzione dell'esame il paziente sarà inviato all'ambulatorio di cardiologia per riprogrammare il dispositivo cardiaco a cura del cardiologo o dei professionisti abilitati che compileranno la "checklist cardiologica" (in Allegato B)

** o figura professionale abilitata (Infermiere, Tecnico di Fisiopatologia Cardio-Circolatoria e Perfusione Cardiovascolare).

ALLEGATO A

 <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione</p>	<p>Procedura</p> <p>Esecuzione di RM in pazienti portatori di dispositivi cardiaci impiantabili attivi (CIED) MR-CONDITIONAL</p>	<p>Rev. 0</p> <p>Data 5/9/2019</p> <p>Pagina 8 di 8</p>
---	--	---

9. REGISTRAZIONE ED ARCHIVIAZIONE

L'indagine RM con il relativo referto viene conservata nel sistema PACS-RIS.
I consensi informati, check list e programmazioni del CIED saranno conservati nella cartella clinica del paziente

10. RIFERIMENTI E ALLEGATI

Riferimenti:

Dispositivi cardiaci impiantabili attivi e risonanza magnetica: aspetti tecnologici,

Documento di consenso

inquadramento normativo e modelli organizzativi

Gruppo di lavoro: Istituto Superiore di Sanità, Associazione Italiana Fisica Medica, Federazione Italiana Cardiologi, Società Italiana Radiologia Medica, Associazione Italiana Aritmologia e Cardioritmologia, Associazione italiana Ingegneria Clinica. Revisione 15 maggio 2014

Allegati:

- Consenso esame per il paziente portatore di dispositivi cardiaci impiantabili attivi: PM, defibrillatori, loop recorder; ALLEGATO B (pag.1)
- Checklist cardiologica; ALLEGATO B (pag.2)
- Checklist radiologica ALLEGATO B (pag.3)
- Scheda tecnica device ALLEGATO C

11. INDICATORI / PARAMETRI DI CONTROLLO

Numero di pazienti portatori di PM compatibile sottoposti a RM / Totale numero di pazienti portatori di PM compatibile da sottoporre a RM = 100%

**Il monitoraggio dell'indicatore è a cura della U.O.Neuroradiologia, eventuali non conformità rilevate saranno segnalate tempestivamente alla U.O. Qualità e Rischio Clinico.*

12. LISTA DI DISTRIBUZIONE

- Dirigenti medici UU.OO Neuroradiologia, Radiologia P.O Civico,
- Radiologia G. Di Cristina.
- Dirigenti Medici UU.OO P.O. Civico e G. Di Cristina.
- Personale Infermieristico e TSRM.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione
Civico - Di Cristina - Benfratelli" Palermo

ALBERTO B

CONSENSO ESAME per il paziente portatore di dispositivi cardiaci impiantabili attivi: pacemaker, defibrillatori, loop recorder

PAZIENTE : NOME _____ COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____ REPARTO _____

- Sono a conoscenza dell'importanza rivestita dallo studio RM propostomi al fine di ottenere le informazioni necessarie alle successive decisioni terapeutiche,
- Mi è stato spiegato come nel mio caso non sia attualmente sostituibile lo studio RM, ottenendo sovrapponibili informazioni, tramite altre metodiche,
- Sono a conoscenza che l'attuale Legislazione Italiana non prevede la possibilità di eseguire studi RM in pazienti portatori di dispositivi cardiaci impiantabili, ma so che il dispositivo di cui sono portatore è di un tipo particolare realizzato con materiali compatibili con la RM e studiato per minimizzare i rischi connessi,
- Mi è stato spiegato quali siano i rischi connessi allo studio RM nel mio particolare caso e so che per tutta la durata dell'esame sarò seguito da medici pronti ad intervenire in caso di complicanze.

Consapevole dei rischi ma consapevole che l'esame proposto riveste un'importanza determinante per la mia salute

ACCONSENTO a sottopormi all'indagine

NON ACCONSENTO a sottopormi all'indagine

Firma del/la paziente o tutore

Firma leggibile
del Medico che ha comunicato le informazioni

Data _____

Augusto B

CHECKLIST CARDIOLOGICA

per esecuzione di RM in pazienti portatori di devices cardiaci impiantabili attivi

VERIFICA IDONEITA'	SI	NO
Presenza del consenso informato		
Presenza di un sistema (generatore e cateteri) MR-conditional		
Assenza di altri dispositivi impiantati e/o abbandonati		
Assenza di altri elettrodi epicardici		
Compatibilità del sistema con l'esame RM proposto (tempo di impianto adeguato, parametri idonei, zona di esecuzione della RM, configurazione delle bobine di trasmissione e ricezione, SAR, intensità di variazione dei campi di gradiente)		
Necessita la presenza del cardiologo durante esecuzione esame		
Scheda tecnica del dispositivo allegata		

Data _____

Il Cardiologo
Timbro e firma

VERIFICA DA ESEGUIRSI IL GIORNO DELL'ESAME	SI	NO
<u>PRE-INDAGINE</u>		
Presenza del consenso informato		
Follow-up dispositivo prima dell'esame RM		
Programmazione del dispositivo secondo modalità pro-MRI		
<u>POST-INDAGINE</u>		
Follow-up dispositivo dopo l'esame RM		
Programmazione del dispositivo secondo modalità appropriata		
Dopo la scansione si è mantenuta la programmazione che era presente prima della scansione		
Si sono verificate problematiche		

Data _____

Il Cardiologo **
Timbro e firma

**** Figure professionali abilitati a firmare:**

Infermiere, Tecnico di Fisiopatologia Cardio-Circolatoria e Perfusionamento Cardiovascolare

CHECKLIST RADIOLOGICA

AUGUSTO B

PAZIENTE : NOME _____ COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____ REPARTO _____

	SI	NO
IL CARDIOLOGO ha verificato compatibilita' e integrita' del device ed assenza di controindicazioni all'esecuzione dell'esame.		
IL CARDIOLOGO ha impostato il device sulla configurazione RM compatibile		
IL PAZIENTE viene monitorizzato ed entra in risonanza		
L' ESAME viene condotto secondo i parametri specifici (vedi scheda tecnica impianto)		

Data _____

Il Neuroradiologo/Radiologo

Timbro e firma

	SI	NO
INDAGINE ESEGUITA COME DA PRESCRIZIONE		

IL TSRM

Firma

ALBERTO C

 <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione</p>	<p>PARAMETRI DELLA SCHEDA TECNICA DEL DEVICE</p>	<p>Rev. 0 Data 30/08/2019</p>
---	--	-----------------------------------

Aree di restrizione	Isocentro non sotto gli occhi ne sopra le anche (Fov di 50 cm)	Escludere le regioni pettorali	Sopra il device max gradiente 50 T/m Full body scan
S.A.R (corpo intero)			
S.A.R (capo)			
Slew rate max gradiente			
Durata esposizione			
Campo Magnetico			
Bobine sola recezione			
Tempo dall'impianto			

Data:

Firma del CARDIOLOGO

.....

PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente deliberazione, per gli effetti dell'art. 53 comma 2 L.R. n°30 del 03/11/1993, in copia conforme all'originale è stata pubblicata in formato digitale all'Albo Informatico dell'A.R.N.A.S. a decorrere dal giorno 20 OTT. 2019 e che, nei 15 giorni consecutivi successivi:

- Non sono pervenute opposizioni
 Sono pervenute opposizioni da _____

Il Responsabile Ufficio Atti Deliberativi
Dott.ssa Paola Vitale

-
- Delibera non soggetta al controllo ai sensi dell'art. 28 comma, 5 della L.R. n. 2 del 26 marzo 2002 e divenuta

ESECUTIVA 30 OTT. 2019

- Per decorrenza del termine di cui alla L.R. n. 30/93 art. 53 comma 6.
 Delibera non soggetta al controllo e, ai sensi della L.R. 30/93 art. 53 comma 7,

IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA

Estremi riscontro tutorio

Delibera soggetta a controllo

Inviata all'Assessorato Sanità il _____ Prot. n. _____

Si attesta che l'Assessorato Reg. Sanità, esaminata la presente deliberazione

ha pronunciato l'approvazione con atto n. _____ del _____ come da allegato

ha pronunciato l'annullamento con atto n. _____ del _____ come da allegato

Il Responsabile Ufficio Atti Deliberativi
Dott.ssa Paola Vitale

Notificata al Collegio Sindacale il _____ Prot. n. _____

Notificata in Archivio il _____ Prot. n. _____

Il Responsabile Ufficio Atti Deliberativi
Dott.ssa Paola Vitale

Altre annotazioni
