



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA - P.IVA 01151150867
CHECK LIST CARDIOLOGICA PER LA VALUTAZIONE DELLA IDONEITÀ
DEI DISPOSITIVI IMPIANTATI ATTIVI CARDIACI PER L'ESECUZIONE DI RM

rev. 0.0 2024

PAZIENTE:

NOME

COGNOME

DATA DI NASCITA

U.O.

Paziente esterno

TIPOLOGIA DISPOSITIVO			
MODELLO DISPOSITIVO			
Adeguatezza tempo di impianto	Si	No	
Idoneità parametri	Si	No	
Altri dispositivi impiantati	Si	No	
Se SI indicare tipologia e modello			
Altri dispositivi abbandonati	Si	No	
Se SI indicare tipologia e modello			
Dispositivo MR-conditional	Si	No	

DATA

Il cardiologo
Firma e timbro
