

נוהל מסי 03.10.03	מהדורה 1-2014	תוקף מתאריך: 07.2014	עמוד מספר 1 מתוך 1 עמודים
שם הנוהל: ביצוע בדיקת MRI בנבדק בעל קוצב לב		מאשר: צחי פיינה, מנכ"ל	

**תאריך:** \_\_\_\_\_

**שאלון למושתל מכשיר לסידור קצב לב לקראת ביצוע בדיקת MRI**

לכבוד מרפאת קוצבים,

מר/גב' \_\_\_\_\_, ת.ז מס' \_\_\_\_\_ המושתל מכשיר לסידור קוצב לב, מועמד לביצוע MRI במכונינו.

נודה לכם באם תוכלו למלא את הטופס הרצ"ב, בהסתמכות על תיקו הרפואי בדייקנות ובהקדם, בכדי לאפשר לו לעשות את הבדיקה.

שם מרפאת הקוצבים: \_\_\_\_\_

סוג מכשיר:

- קוצב
- דפיברילטור
- ILR
- CRTD
- CRTP

דגם מכשיר: \_\_\_\_\_ חברה: \_\_\_\_\_

דגמי אלקטרודות:

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_

- תאריך השתלת המכשיר: \_\_\_\_\_ תאריך השתלת האלקטרודות: \_\_\_\_\_
- האם ישנן אלקטרודות נוספות מושתלות שאינן בשימוש: כן / לא
- האם יש אלקטרודות אפיקרדיאליות: כן / לא
- האם החולה תלוי בקיצוב: כן / לא
- האם יש בעיות מיוחדות ידועות עם המכשיר: כן / לא, יש לפרט:

- תאריך בדיקה אחרונה של המכשיר: \_\_\_\_\_ מתח סוללה: \_\_\_\_\_

אלקטרודה	חישה	תנגודת	סף קיצוב
עליה			
חדר ימין			
חדר שמאל			

שם ממלא הטופס: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

שם רופא מאשר: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_