FICHA POR UNIDADE DE SERVIÇO

Número de bobinas: |_____|

Tipo(s) de bobina(s) - especificar as do tipo "phased-array": _____

_____

Seqüências com ecoplanar (EPI)

( ) sim ( ) não

Seqüências funcionais

Difusão	( ) sim	( ) não
Perfusão	( ) sim	( ) não
BOLD (ativação cortical)	( ) sim	( ) não
Espectroscopia (uni)	( ) sim	( ) não
Multivóxel	( ) sim	( ) não

Angio RM

( ) contraste ( ) sem contraste

Seqüências cardíacas:

( ) sim ( ) não

Quais: _____

_____

_____

Estação de trabalho:
( ) sim ( ) não

Bomba injetora:
( ) sim ( ) não

Técnicas de aquisição paralela (sense, asset, IPAT, outros):
( ) sim ( ) não

OBS.: Caso o serviço possua mais de um aparelho de Ressonância Magnética, deverá ser providenciada uma cópia deste item 4 para mencioná-lo.

5) Documentação dos Exames

Exames que deverão ser enviados, incluindo os parâmetros da seqüência, para avaliação. Estes exames deverão ser enviados com patologias, bem com os respectivos laudos emitidos:

- 1 de encefálo (o mais completo possível);
- 1 de angio (se possível com gadolíneo - o mais completo possível);
- 1 de fígado (o mais completo possível);
- 1 de ombro;
- 1 de coluna cervical.