

(Duomenų apie magnetinio rezonanso tomografus pateikimo forma)

_____ (įstaigos pavadinimas)

_____ (įstaigos adresas)

_____ (įmonės kodas, telefonas, faksas, el. paštas)

Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai prie
Sveikatos apsaugos ministerijos

DUOMENŲ APIE MAGNETINIO REZONANSO TOMOGRAFUS PATEIKIMO FORMA

_____ Nr. _____
(data)

_____ (sudarymo vieta)

1. Duomenys apie medicinos priemonę (prietaisą)

| Medicinos priemonės (prietaiso) pavadinimas | Tipas / modelis | Partijos / serijos numeris | Gamintojo pavadinimas | Gamintojo šalies kodas (pvz., LT) | Pagaminimo data | Įsigijimo data | Naudojimo pradžios data | Aproba-vimo doku-mento Nr. | CE ženklas yra / nėra | Paskelb-tosios įstaigos numeris | Naudojimo vieta (pvz., skyrius, kab. Nr.) |
|---|-----------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------------------|-----------------|----------------|-------------------------|----------------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| | | | | | | | | | | | |

2. Techninės medicinos priemonės (prietaiso) charakteristikos:

2.1. Tipas: Mobilus Stacionarus
 Uždaras Atviras

2.2. Parametrai: Magnetinio lauko stiprumas [T] (Tesla): _____

2.3. Injektoriaus tipas: Automatinis Neautomatinis Be injektoriaus

_____ (pareigų pavadinimas)

_____ (parašas)

_____ (vardas ir pavardė)