



# Magnet Venting Conformance Assessment Form

DOC2705036  
Revision 3

# Magnet Venting Conformance Assessment Form

<b>Site Identification:</b>	
Customer/Hospital/Clinic Name:	
Site name:	
Country:	

Requirement	Check Correct Response	
<b>Section 2.2: HVAC Vent Requirements</b>		
Does the incoming air contain at least 5% air from outside the Magnet Room?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Comment		
Date of Report:		
Completed by (Company name):		
Completed By (First and last name):		
Completed by (Title):		
Signature		

Requirement	Check Correct Response	
<b>Section 2.3: Emergency Exhaust Vent Requirements</b>		
Is the emergency exhaust vent installed at the highest point of the finished/drop ceiling or at the top of the side wall on the coldhead side?	<input type="checkbox"/> Highest point	<input type="checkbox"/> Side wall
Has the emergency exhaust vent been tested and is it operational?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Do the emergency exhaust fan and the exhaust intake vent each have a capacity of at least 34 m <sup>3</sup> /minute (1200 CFM) with a minimum of 12 room air exchanges per hour?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Is there a manual exhaust fan switch near the Operator Workspace (OW) and in the Magnet Room near the door?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Is the exhaust fan activated by an oxygen monitor?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Is the Magnet Room exhaust fan installed per Figure 2-1 or Figure 2-2 of 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
List applicable <b>Figure number</b> .		
Comment		
Date of Report:		
Completed by (Company name):		
Completed By (First and last name):		
Completed by (Title):		
Signature		

Requirement	Check Correct Response	
<b>Section 3.1: Cryogen Venting Requirements</b>		
Does the vent pipe diameter meet the specifications per Table 3-1 of 5850263-xxx where the pipe interfaces with the magnet adaptor?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Is the vent size designed per the vent pressure drop table listed in section 4 <i>Reference</i> of 5850263-xxx? List applicable <b>Table number</b> .	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
<b>Section 3.2: Venting Requirements</b>		
Is the cryogenic vent supported in such a way that it will not transfer any load to the magnet vent adaptor?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Are the vent options and dimensions selected from Table 3-2 of 5850263-xxx? List the <b>Magnet</b> used from Table 3-2 of 5850263-xxx here.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
<b>Section 3.4: Vent Requirements Inside the Magnet Room</b>		
Is the vent made of one of the materials listed in Table 3-3 of 5850263-xxx? List the <b>Material</b> used from Table 3-3 of 5850263-xxx here.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Are the tubes or pipes seamless or do they have welded/brazed seams and joints between sections? (Corrugated pipe and/or spiral duct is not permitted)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Are the vent pipes designed to withstand 241.4 kPa (35 psi)?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Are the vent supports designed to withstand loads, expansion and contraction during a quench? List the <b>Product</b> from Table 1-1 of 5850263-xxx here.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Is the vent adaptor a straight adaptor or a 90 degree adaptor? Answer one of the following two questions.	<input type="checkbox"/> Straight	<input type="checkbox"/> 90 degree
<b>For straight adaptor configurations:</b> Is there enough clearance to accommodate at least 102 mm (4 in.) for the magnet vent adaptor, in addition to the required gap of 10 to 32 mm (0.4 to 1.25 in.) per Figures 3-3 and 3-4 of 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
<b>For 90 degree adaptor configurations:</b> Is there enough clearance to accommodate the required gap of 10 to 32 mm (0.4 to 1.25 in.) per Figures 3-5 or 3-6 of 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Is only one dielectric break installed in the Magnet Room and is it installed at the magnet interface?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Is there a minimum clearance of 102 mm (4 in.) between the ceiling or wall both inside and outside the Magnet Room to accommodate the dielectric breaks per Figure 3-7 of 5850263-xxx? NOTE: The overall length of the waveguide must be at least 812 mm (32 in.)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Comment		
Date of Report:		
Completed by (Company name):		
Completed By (First and last name):		
Completed by (Title):		
Signature		

Requirement	Check Correct Response	
<b>Section 3.5: Vent Requirements Outside the Magnet Room</b>		
Are the tubes or pipes seamless or do they have welded/brazed seams and joints between sections? (Corrugated pipe and/or spiral duct is not permitted)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Are the vent supports designed to withstand loads, expansion and contraction during a quench?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
List the <b>Product</b> used from Table 1-1 of 5850263-xxx here.		
Is only one dielectric break installed outside the Magnet Room, adjacent to the wave guide, and is there a 19 to 32 mm (0.75 to 1.25 in.) gap to the vent pipe per Figure 3-8 of 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Are any electromechanical fire dampers used?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Is condensate prevented from pooling inside any section of the venting system by use of downward tilt or weep holes?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Does the vent exhaust exit have an exclusion area per Figures 3-9, 3-10 and 3-11 of 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Is the vent exit area free of air intake vents and windows to prevent cryogen exhaust from reentering the facility per Figures 3-9, 3-10 and 3-11 of 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Is the vent outlet covered with square screen mesh and does it have a cover/cap over the pipe, if the vent outlet is orientated in the vertical up position?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Was the exhaust vent cover or cap included in the pressure drop calculation?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Combined cryogen venting from two GE HealthCare MR systems must be noted and can be used if construction follows this requirement with separation plates, supports and properly designed pressure drops per Figure 3-12 of 5850263-xxx. Is there a combined vent?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Are all other requirements contained within the Magnet Room Venting manual understood and adhered to?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Comment		
Date of Report:		
Completed by (Company name):		
Completed By (First and last name):		
Completed by (Title):		
Signature		

Site Identification:	To be filled out by GE HealthCare
SYSID/GON:	
Type of GE HealthCare system (Product name):	
Type of GE HealthCare magnet:	
GE HealthCare Concession (if applied):	
Date Received:	
Received By (Name and SSO):	
Received by (Title):	

# 磁体通风符合性评估表

<b>现场识别:</b>	
客户/医院/诊所名称:	
现场名称:	
国家/地区:	

要求	检查正确反应	
<b>第 2.2 节: HVAC 通风要求</b>		
进气是否包含来自磁体室外部至少 5% 的空气?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
备注		
报告日期:		
填写人 (公司名称):		
填写人 (姓名):		
填写人 (职务):		
签名		

要求	检查正确反应	
<b>第 2.3 节: 紧急排气口要求</b>		
紧急排气口安装在打磨光滑天花板或吊顶的最高点, 还是在冷头侧侧壁的顶部?	<input type="checkbox"/> 最高点	<input type="checkbox"/> 侧壁
紧急排气口是否已经过测试且能够正常工作?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
紧急排气风扇和排气进气口的容量是否至少各为 34 m <sup>3</sup> /分钟 (1200 CFM), 且每小时至少实现 12 次室内空气交换?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
操作员工作区 (OW) 附近和靠近门的磁体室中是否有一个手动排气风扇开关?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
排气风扇是否可由氧气监测器激活?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
是否按照 5850263-xxx 中图 2-1 或图 2-2 所示安装磁体室排气风扇? 列出应用的 <b>图编号</b> 。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
备注		
报告日期:		
填写人 (公司名称):		
填写人 (姓名):		
填写人 (职务):		
签名		

要求	检查正确反应	
<b>第 3.1 节: 低温通风要求</b>		
通风管直径是否符合 5850263-xxx 中表 3-1 的规格, 其中管道与磁体适配器连接?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
是否根据 5850263-xxx 第 4 节 “参考” 中列出的通风压降表设计通风口尺寸? 列出适用的 <b>表编号</b> 。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
<b>第 3.2 节: 通风要求</b>		
低温通风的方式是否不会将任何负载转移给磁体通风口适配器?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

要求	检查正确反应	
是否从 5850263-xxx 的表 3-2 中选择的通风口选项和尺寸？ 在此处列出从 5850263-xxx 的表 3-2 中选用的 <b>磁体</b> 。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
<b>第 3.4 节：磁体室内的通风要求</b>		
通风口是否由 5850263-xxx 的表 3-3 中列出的其中一种材料制成？ 在此处列出从 5850263-xxx 的表 3-3 中选用的 <b>材料</b> 。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
软管或管道是否为无缝（在各段之间没有焊接/铜焊的接缝和接头）？（不允许使用瓦楞管和/或螺旋风管）	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
通风管的设计是否可承受 241.4 kPA (35 psi) 的压力？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
通风管支架的设计是否可承受失超期间的负载、膨胀和收缩？ 在此处列出从 5850263-xxx 的表 1-1 中选用的 <b>产品</b> 。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
通风口适配器是直向适配器还是 90 度适配器？回答下列两个问题中的一个。	<input type="checkbox"/> 直向	<input type="checkbox"/> 90 度
<b>对于直向适配器配置：</b> 除了 5850263-xxx 的图 3-3 和 3-4 要求的 10 至 32 mm (0.4 至 1.25 in.) 间隙外，是否有足够的空间可容纳至少 102 mm (4 in.) 用于磁体通风口适配器？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
<b>对于 90 度适配器配置：</b> 是否留有足够的空间来容纳 5850263-xxx 的图 3-5 或 3-6 要求的 10 至 32 mm (0.4 至 1.25 in.) 间隙？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
磁体室中是否仅安装了一个电介质断路器且安装在磁体接口处？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
是否根据 5850263-xxx 的图 3-7 在磁体室内、外的天花板或墙壁之间留有至少 102 mm (4 in.) 的间隙以容纳电介质断路器？注：波导管的整体长度必须至少为 812 mm (32 in.)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
备注		
报告日期：		
填写人（公司名称）：		
填写人（姓名）：		
填写人（职务）：		
签名		

要求	检查正确反应	
<b>第 3.5 节：磁体室外通风要求</b>		
软管或管道是否为无缝（在各段之间没有焊接/铜焊的接缝和接头）？（不允许使用瓦楞管和/或螺旋风管）	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
通风管支架的设计是否可承受失超期间的负载、膨胀和收缩？ 在此处列出从 5850263-xxx 的表 1-1 中选用的 <b>产品</b> 。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
磁体室外靠近波导管处是否仅安装了一个电介质断路器，并且根据 5850263-xxx 的图 3-8 其与通风管之间有 19 至 32 mm（0.75 至 1.25 in.）的间隙？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
是否使用了任何机电防火阀？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
是否通过向下倾斜或使用排水孔防止冷凝液在通风系统的任何节段内部聚集？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
是否根据 5850263-xxx 的图 3-9、3-10 和 3-11 在排气出口处设有留空区？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
是否根据 5850263-xxx 的图 3-9、3-10 和 3-11 在排气出口区域没有进气口和窗户以防止低温废气重新进入设施？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
如果排气出口垂直向上，那么排气出口是否覆盖有方形筛网，并且在管道上有盖/帽？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
排气口盖或帽是否包含在压降计算中？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
必须注意两台 GE HealthCare MR 的失超管联合系统，如果结构符合此要求，并按照 5850263-xxx 的图 3-12 使用分隔挡板、支架和恰当设计的压降，则可以使用联合的失超管。是否使用了联合的失超管？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
是否理解并遵守了《磁体室通风》手册中包含的所有其他要求？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
备注		
报告日期：		
填写人（公司名称）：		
填写人（姓名）：		
填写人（职务）：		
签名		
<b>现场识别：</b>	<b>由 GE HealthCare 填写</b>	
SYSID/GON：		
GE HealthCare 系统类型（产品名称）：		
GE HealthCare 磁体类型：		
GE HealthCare 特许权（如适用）：		
接收日期：		
接收人（姓名和 SSO）：		
接收人（职务）：		

# Formulaire d'évaluation de la conformité de l'évacuation de l'aimant

<b>Identification du site :</b>	
Nom du client/de l'hôpital/de la clinique :	
Nom du site :	
Pays :	

Exigence	Cocher la bonne réponse	
<b>Section 2.2 : Exigences concernant l'évacuation du chauffage, de la ventilation et de la climatisation</b>		
L'air entrant contient-il au moins 5 % d'air extérieur à la salle d'IRM ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Commentaires		
Date du rapport :		
Rempli par (nom de la société) :		
Rempli par (prénom et nom) :		
Rempli par (poste) :		
Signature		

Exigence	Cocher la bonne réponse	
<b>Section 2.3 : Exigences concernant le système d'aspiration d'urgence</b>		
Le système d'évacuation d'urgence est-il installé au point le plus élevé du plafond fini/faux plafond ou en haut de la cloison latérale du côté de la tête froide ?	<input type="checkbox"/> Point le plus élevé	<input type="checkbox"/> Cloison latérale
Le système d'évacuation d'urgence a-t-il été testé et est-il opérationnel ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que l'évacuation d'urgence de l'arrivée d'air et le ventilateur d'aspiration ont un débit d'au moins 34 m <sup>3</sup> /minute (1 200 CFM) avec un minimum de 12 renouvellements de l'air de la salle d'IRM par heure ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Y a-t-il un interrupteur manuel de ventilateur d'aspiration à proximité de l'espace de travail de l'opérateur (OW) et dans la salle d'IRM à proximité de la porte ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Le ventilateur d'aspiration est-il activé par un moniteur d'oxygène ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Le ventilateur d'aspiration de la salle d'IRM est-il installé conformément à la figure 2-1 ou à la figure 2-2 du document 5850263-xxx ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Indiquer <b>le numéro de la figure</b> concernée.		
Commentaires		
Date du rapport :		
Rempli par (nom de la société) :		
Rempli par (prénom et nom) :		
Rempli par (poste) :		
Signature		

Exigence	Cocher la bonne réponse	
<b>Section 3.1 : Exigences d'évacuation cryogénique</b>		
Le diamètre du tuyau d'évacuation est-il conforme aux spécifications du tableau 3-1 du document 5850263-xxx indiquant que le tuyau est connecté à l'adaptateur de l'aimant ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La taille de l'évacuation est-elle conçue conformément au tableau de chute de pression de l'évacuation indiqué à la section 4 <i>Référence</i> du document 5850263-xxx ? Indiquer <b>le numéro du tableau</b> concerné.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Section 3.2 : Exigences relatives à l'évacuation</b>		
L'évacuation cryogénique est-elle soutenue de manière à ce qu'elle ne transfère aucune charge vers l'adaptateur de l'évacuation de l'aimant ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Les options et dimensions de l'évacuation ont-elles été sélectionnées à partir du tableau 3-2 du document 5850263-xxx ? Indiquer ici <b>l'aimant</b> utilisé à partir du tableau 3-2 du document 5850263-xxx.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Section 3.4 : Exigences d'évacuation à l'intérieur de la salle d'IRM</b>		
L'évacuation est-elle constituée de l'un des matériaux répertoriés dans le tableau 3-3 du document 5850263-xxx ? Indiquer ici les <b>matériaux</b> utilisés à partir du tableau 3-3 du document 5850263-xxx.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Les tubes ou tuyaux sont-ils d'un seul tenant ou présentent-ils des soudures et des joints soudés/brasés entre les sections ? (Les tuyaux ondulés et/ou les conduits en spirale ne sont pas autorisés.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Les tuyaux d'évacuation sont-ils conçus pour résister à une pression de 241,4 kPa (35 psi) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Les supports de l'évacuation sont-ils conçus pour résister aux charges, à l'expansion et à la contraction pendant un quench ? Indiquer ici les <b>produits</b> utilisés à partir du tableau 1-1 du document 5850263-xxx.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'adaptateur de l'évacuation est-il un adaptateur droit ou un adaptateur à 90° ? Répondez à l'une des deux questions suivantes.	<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> 90 degrés
<b>Pour les configurations d'adaptateur droit :</b> L'espace de dégagement est-il suffisant pour permettre au moins 102 mm (4 po) d'espace pour l'adaptateur de l'évacuation de l'aimant, en plus de l'espace requis de 10 à 32 mm (0,4 à 1,25 po) conformément aux figures 3-3 et 3-4 du document 5850263-xxx ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Pour les configurations d'adaptateur à 90° :</b> L'espace de dégagement est-il suffisant pour permettre l'espace requis de 10 à 32 mm (0,4 à 1,25 po) conformément aux figures 3-5 ou 3-6 du document 5850263-xxx ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Un seul interrupteur diélectrique est-il installé dans la salle d'IRM ? Est-il installé sur l'interface de l'aimant ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Y a-t-il un espace minimum de 102 mm (4 po) entre le plafond ou la cloison à l'intérieur et à l'extérieur de la salle d'IRM pour accueillir les interrupteurs diélectriques conformément à la figure 3-7 du document 5850263-xxx ? REMARQUE : La longueur totale minimale du guide d'ondes doit être de 812 mm (32 po).	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Commentaires		
Date du rapport :		
Rempli par (nom de la société) :		
Rempli par (prénom et nom) :		
Rempli par (poste) :		
Signature		

Exigence	Cocher la bonne réponse	
<b>Section 3.5 : Exigences d'évacuation à l'extérieur de la salle d'IRM</b>		
Les tubes ou tuyaux sont-ils d'un seul tenant ou présentent-ils des soudures et des joints soudés/brasés entre les sections ? (Les tuyaux ondulés et/ou les conduits en spirale ne sont pas autorisés.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Les supports de l'évacuation sont-ils conçus pour résister aux charges, à l'expansion et à la contraction pendant un quench ? Indiquer ici le <b>produit</b> utilisé à partir du tableau 1-1 du document 5850263-xxx.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Un seul interrupteur diélectrique est-il installé à l'extérieur de la salle d'IRM, à côté du guide d'ondes, et y a-t-il un écart de 19 à 32 mm (0,75 à 1,25 po) par rapport au conduit d'évacuation, conformément à la figure 3-8 du document 5850263-xxx ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Des clapets coupe-feu électromécaniques sont-ils utilisés ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'accumulation de condensat à l'intérieur de toute section du système d'évacuation est-elle empêchée en inclinant le conduit vers le bas ou en l'équipant de trous d'écoulement ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La sortie de l'évacuation comporte-t-elle une zone d'exclusion conformément aux figures 3-9, 3-10 et 3-11 du document 5850263-xxx ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La zone de sortie de l'évacuation est-elle exempte de fenêtres et d'évacuations d'arrivée d'air pour éviter que l'évacuation des produits cryogéniques ne pénètre le bâtiment à nouveau, conformément aux figures 3-9, 3-10 et 3-11 du document 5850263-xxx ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La sortie d'évacuation est-elle recouverte d'une grille carrée et un cache/capot recouvre-t-il le conduit, si la sortie d'évacuation est orientée vers le haut, à la verticale ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La sortie du tuyau d'aspiration a-t-elle été incluse dans le calcul de la chute de pression ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'évacuation cryogénique combinée de deux systèmes IRM GE HealthCare doit être répertoriée et peut être utilisée si la construction respecte cette exigence à l'aide de plaques de séparation, des supports et des chutes de pression correctement conçues, conformément à la figure 3-12 du document 5850263-xxx. Y a-t-il une évacuation combinée ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Toutes les autres exigences contenues dans le manuel d'évacuation de la salle d'IRM sont-elles comprises et respectées ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Commentaires		
Date du rapport :		
Rempli par (nom de la société) :		
Rempli par (prénom et nom) :		
Rempli par (poste) :		
Signature		

Identification du site :	À remplir par GE HealthCare
SYSID/GON :	
Type de système GE HealthCare (nom du produit) :	
Type d'aimant GE HealthCare :	
Concession GE HealthCare (le cas échéant) :	
Date de réception :	
Reçu par (nom et SSO) :	
Reçu par (poste) :	

# Konformitätsbewertungsformular der Magnetentlüftung

<b>Standortkennung:</b>	
Name des Kunden/Krankenhauses/der Klinik:	
Standortname:	
Land:	

Anforderung		Kreuzen Sie die richtige Antwort an	
<b>Abschnitt 2.2: Anforderungen an eine HLK-Entlüftung</b>			
Enthält die einströmende Luft mindestens 5 % Luft, die von außerhalb des Magnetraums kommt?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Anmerkung			
Datum des Berichts:			
Ausgefüllt von (Name des Unternehmens):			
Ausgefüllt von (Vor- und Nachname):			
Ausgefüllt von (Titel):			
Unterschrift			

Anforderung		Kreuzen Sie die richtige Antwort an	
<b>Abschnitt 2.3: Anforderungen an die Notfall-Entlüftung</b>			
Ist die Notfall-Entlüftung am höchsten Punkt der eigentlichen/abgehängten Decke oder oben an der Seitenwand auf der Seite des Kühlkopfs installiert?		<input type="checkbox"/> Am höchsten Punkt	<input type="checkbox"/> An der Seitenwand
Wurde die Notfall-Entlüftung getestet und ist sie betriebsbereit?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verfügen der Notfall-Abluftventilator und die Ablufteinlassöffnung je über eine Kapazität von mindestens 34 m <sup>3</sup> /Minute (1200 CFM) bei mindestens 12 Raumluftaustauschen pro Stunde?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gibt es einen manuellen Abluftventilatorschalter in der Nähe des Bedienerarbeitsplatzes (Operator Workspace, OW) und im Magnetraum in der Nähe der Tür?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wird der Abluftventilator durch eine Sauerstoffüberwachung aktiviert?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist der Abluftventilator im Magnetraum gemäß Abbildung 2-1 oder Abbildung 2-2 von 5850263-xxx installiert?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Geben Sie die entsprechende <b>Abbildungsnummer</b> an.			
Anmerkung			
Datum des Berichts:			
Ausgefüllt von (Name des Unternehmens):			
Ausgefüllt von (Vor- und Nachname):			
Ausgefüllt von (Titel):			
Unterschrift			

Anforderung	Kreuzen Sie die richtige Antwort an	
<b>Abschnitt 3.1: Anforderungen an eine kryogene Entlüftung</b>		
Entspricht der Durchmesser des Entlüftungsrohrs an der Schnittstelle des Rohrs mit dem Magnetadapter den Spezifikationen gemäß Tabelle 3-1 von 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist die Größe der Entlüftungsöffnung gemäß der in Abschnitt 4 Referenz von 5850263-xxx aufgeführten Tabelle für den Druckabfall an den Entlüftungsöffnungen ausgelegt? Geben Sie die entsprechende <b>Tabellenummer</b> an.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Abschnitt 3.2: Anforderungen an die Entlüftung</b>		
Ist die kryogene Entlüftung so gestützt, dass sie keine Last auf den Magnetentlüftungsadapter überträgt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind die Optionen und Abmessungen der Entlüftung der Tabelle 3-2 von 5850263-xxx entnommen? Geben Sie hier den verwendeten <b>Magneten</b> aus Tabelle 3-2 von 5850263-xxx an.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Abschnitt 3.4: Entlüftungsanforderungen im Magnetraum</b>		
Besteht die Entlüftung aus einem der in Tabelle 3-3 von 5850263-xxx aufgeführten Materialien? Geben Sie hier das verwendete <b>Material</b> aus Tabelle 3-3 von 5850263-xxx an.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind die Rohre oder Schläuche nahtlos oder gibt es geschweißte/gelötete Nähte und Fugen zwischen den Abschnitten? (Well- und/oder Spiralrohr ist nicht zulässig)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind die Entlüftungsrohre für 241,4 kPa (35 psi) ausgelegt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind die Lüftungsschlitze so ausgelegt, dass sie Belastung, Ausdehnen und Zusammenziehen während eines Quenches standhalten? Geben Sie hier das <b>Produkt</b> aus Tabelle 1-1 von 5850263-xxx an.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Handelt es sich bei dem Entlüftungsadapter um einen geraden Adapter oder um einen 90-Grad-Adapter? Beantworten Sie eine der folgenden zwei Fragen.	<input type="checkbox"/> Gerade	<input type="checkbox"/> 90 Grad
<b>Für Konfigurationen mit geradem Adapter:</b> Besteht genug Abstand von mindestens 102 mm (4 Zoll) für den Magnetentlüftungsadapter, zusätzlich zu dem erforderlichen Abstand von 10 bis 32 mm (0,4 bis 1,25 Zoll) gemäß den Abbildungen 3-3 und 3-4 von 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Für Konfigurationen mit 90-Grad-Adapter:</b> Besteht genug Abstand für den erforderlichen Freiraum von 10 bis 32 mm (0,4 bis 1,25 Zoll) gemäß den Abbildungen 3-5 oder 3-6 von 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist nur eine dielektrische Unterbrechung im Magnetraum installiert und wurde sie an der Magnetschnittstelle installiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht ein Mindestabstand von 102 mm (4 Zoll) zwischen der Decke oder Wand und dem Magnetraum (innerhalb und außerhalb) für die dielektrischen Unterbrechungen gemäß Abbildung 3-7 von 5850263-xxx? HINWEIS: Die Gesamtlänge des Hohlleiters muss mindestens 812 mm (32 Zoll) betragen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Anmerkung		
Datum des Berichts:		
Ausgefüllt von (Name des Unternehmens):		
Ausgefüllt von (Vor- und Nachname):		
Ausgefüllt von (Titel):		
Unterschrift		

Anforderung	Kreuzen Sie die richtige Antwort an	
<b>Abschnitt 3.5: Anforderungen an eine Entlüftungsvorrichtung außerhalb des Magnetraums</b>		
Sind die Rohre oder Schläuche nahtlos oder gibt es geschweißte/gelötete Nähte und Fugen zwischen den Abschnitten? (Well- und/oder Spiralrohr ist nicht zulässig)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind die Lüftungsschlitze so ausgelegt, dass sie Belastung, Ausdehnen und Zusammenziehen während eines Quenches standhalten? Geben Sie hier das verwendete <b>Produkt</b> aus Tabelle 1-1 von 5850263-xxx an.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist nur eine dielektrische Unterbrechung außerhalb des Magnetraums neben dem Hohlleiter installiert und gibt es einen Abstand von 19 bis 32 mm (0,75 bis 1,25 Zoll) zum Entlüftungsrohr gemäß Abbildung 3-8 von 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Werden elektromechanische Brandschutzklappen verwendet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wird durch eine Neigung oder durch Löcher verhindert, dass sich Kondensat in einem Teil des Entlüftungssystems sammelt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hat die Entlüftungsöffnung einen Sperrbereich gemäß den Abbildungen 3-9, 3-10 und 3-11 von 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist der Bereich der Entlüftungsöffnung gemäß den Abbildungen 3-9, 3-10 und 3-11 von 5850263-xxx frei von Lufteinlassöffnungen und Fenstern, um zu verhindern, dass kryogene Abluft wieder in die Anlage eindringt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist die Entlüftungsöffnung mit einer Netzabschirmung mit quadratischen Maschen bedeckt und hat das Rohr eine Abdeckung/Kappe, wenn die Entlüftungsöffnung vertikal nach oben ausgerichtet ist?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wurde die Kappe oder Abdeckung der Entlüftungsöffnung in die Berechnung des Druckabfalls einbezogen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Die kombinierte kryogene Entlüftung von zwei MR-Systemen von GE HealthCare muss notiert werden und kann verwendet werden, wenn die Konstruktion dieser Anforderung mit Trennplatten, Stützen und ordnungsgemäß entwickelten Druckabfällen gemäß Abbildung 3-12 von 5850263-xxx entspricht. Gibt es eine kombinierte Entlüftung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wurden alle anderen Anforderungen im Handbuch zur Magnetraum-Entlüftung verstanden und eingehalten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Anmerkung		
Datum des Berichts:		
Ausgefüllt von (Name des Unternehmens):		
Ausgefüllt von (Vor- und Nachname):		
Ausgefüllt von (Titel):		
Unterschrift		

<b>Standortkennung:</b>	<b>Auszufüllen durch GE HealthCare</b>
SYSID/GON:	
Art des GE HealthCare Systems (Produktname):	
Typ des GE HealthCare Magneten:	
GE HealthCare Zulassung (falls angewendet):	
Eingangsdatum:	
Empfangen von (Name und SSO):	
Empfangen von (Titel):	

# Modulo di valutazione della conformità dello sfiato del magnete

<b>Identificazione del sito:</b>	
Nome cliente/ospedale/clinica:	
Nome del sito:	
Paese:	

Requisito	Selezionare la risposta corretta	
<b>Sezione 2.2: Requisiti di sfiato HVAC</b>		
L'aria in entrata contiene almeno il 5% di aria proveniente dall'esterno della sala magnete?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Commento		
Data del rapporto:		
Compilato da (nome azienda):		
Compilato da (nome e cognome):		
Compilato da (titolo):		
Firma		

Requisito	Selezionare la risposta corretta	
<b>Sezione 2.3: Requisiti per lo sfiato di scarico di emergenza</b>		
Lo sfiato di emergenza è installato nel punto più alto del soffitto finito/controsoffitto o nella parte superiore della parete laterale sul lato della testa fredda?	<input type="checkbox"/> Punto più alto	<input type="checkbox"/> Parete laterale
Lo sfiato di emergenza è stato testato ed è operativo?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
La ventola di scarico di emergenza e la presa d'aria hanno entrambe una capacità di almeno 34 m <sup>3</sup> /minuto (1200 CFM) con un minimo di 12 scambi di aria ambiente all'ora?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
È presente una ventola di scarico manuale vicino all'area di lavoro dell'operatore (OW) e nella sala del magnete vicino alla porta?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
La ventola di scarico è attivata da un sistema di monitoraggio dell'ossigeno?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
La ventola di scarico della sala magnete è installata come indicato in Figura 2-1 o Figura 2-2 di 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Elenco applicabile <b>Numero figura</b> .		
Commento		
Data del rapporto:		
Compilato da (nome azienda):		
Compilato da (nome e cognome):		
Compilato da (titolo):		
Firma		

Requisito	Selezionare la risposta corretta	
<b>Sezione 3.1: Requisiti di sfiato delle sostanze criogeniche</b>		
Il diametro del tubo di sfiato è conforme alle specifiche indicate nella Tabella 3-1 di 5850263-xxx, nel punto in cui il tubo si interfaccia con l'adattatore del magnete?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Le dimensioni dello sfiato sono state progettate in base alla tabella relativa alla caduta di pressione dello sfiato indicata nella sezione 4 Riferimento di 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Elenco applicabile <b>Numero tabella</b> .		
<b>Sezione 3.2: Requisiti del sistema di sfiato</b>		
Lo sfiato delle sostanze criogeniche è supportato in modo da non trasferire alcun carico all'adattatore dello sfiato del magnete?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Le opzioni e le dimensioni dello sfiato sono state selezionate dalla Tabella 3-2 di 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Elencare qui il <b>Magnete</b> utilizzato dalla Tabella 3-2 di 5850263-xxx.		
<b>Sezione 3.4: Requisiti di sfiato all'interno della sala del magnete</b>		
Lo sfiato è costituito da uno dei materiali elencati nella Tabella 3-3 di 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Elencare qui il <b>Materiale</b> utilizzato dalla Tabella 3-3 di 5850263-xxx.		
I tubi o i condotti sono senza giunzioni (non presentano giunzioni saldate/brasate tra le sezioni)? (Non sono consentiti tubi corrugati e/o condotti a spirale)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
I tubi di sfiato sono progettati per resistere a 241,4 kPa (35 psi)?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
I supporti di sfiato sono progettati per resistere a carichi, dilatazioni e contrazioni durante il quench?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Elencare qui il <b>Prodotto</b> utilizzato dalla Tabella 1-1 di 5850263-xxx.		
L'adattatore di sfiato è un adattatore diritto o un adattatore a 90 gradi? Rispondere a una delle due domande seguenti.	<input type="checkbox"/> Diritto	<input type="checkbox"/> A 90 gradi
<b>Per configurazioni di adattatori diritti:</b> è disponibile spazio sufficiente per lasciare almeno 102 mm (4 poll.) per l'adattatore di ventilazione del magnete, oltre alla distanza richiesta di 10-32 mm (0,4-1,25 poll.) come indicato nelle Figure 3-3 e 3-4 di 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<b>Per configurazioni con adattatore a 90 gradi:</b> è disponibile spazio sufficiente per lasciare la distanza richiesta di 10-32 mm (0,4-1,25 poll.) come indicato nelle Figure 3-5 o 3-6 di 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Nella sala magnete è installato un solo giunto dielettrico ed è installato sull'interfaccia del magnete?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
È disponibile uno spazio minimo di 102 mm (4 poll.) tra il soffitto o la parete sia all'interno che all'esterno della sala magnete per accogliere i giunti dielettrici come indicato nella Figura 3-7 di 5850263-xxx? NOTA: la lunghezza totale della guida d'onda deve essere di almeno 812 mm (32 poll.).	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Commento		
Data del rapporto:		
Compilato da (nome azienda):		
Compilato da (nome e cognome):		
Compilato da (titolo):		
Firma		

Requisito	Selezionare la risposta corretta	
<b>Sezione 3.5: Requisiti di sfiato all'esterno della sala del magnete</b>		
I tubi o i condotti sono senza giunzioni (non presentano giunzioni saldate/brasate tra le sezioni)? (Non sono consentiti tubi corrugati e/o condotti a spirale)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
I supporti di sfiato sono progettati per resistere a carichi, dilatazioni e contrazioni durante il quench?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Elencare qui il <b>Prodotto</b> utilizzato dalla Tabella 1-1 di 5850263-xxx.		
All'esterno della sala magnete, accanto alla guida d'onda, è installato solo un giunto dielettrico ed è disponibile uno spazio di 19-32 mm (0,75-1,25 poll.) verso il tubo di sfiato come indicato nella Figura 3-8 di 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Vengono utilizzate serrande tagliafuoco elettromeccaniche?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
L'accumulo di condensa all'interno di una sezione del sistema di sfiato è impedito mediante l'uso di inclinazione verso il basso o fori di scarico?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
L'uscita dello scarico dello sfiato presenta un'area di esclusione come indicato nelle Figure 3-9, 3-10 e 3-11 di 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
L'area di uscita dello sfiato è priva di prese d'aria e finestre per evitare che i gas di scarico delle sostanze criogeniche entrino nuovamente nella struttura come indicato nelle Figure 3-9, 3-10 e 3-11 di 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
L'uscita dello sfiato è coperta da una rete a maglie quadrate ed è dotata di una copertura/un cappuccio sul tubo, se l'uscita dello sfiato è orientata in verticale verso l'alto?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
La copertura o il cappuccio di sfiato dello scarico sono stati inclusi nel calcolo della caduta di pressione?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Lo sfiato delle sostanze criogeniche combinato di due sistemi RM GE HealthCare deve essere annotato e può essere utilizzato se la struttura rispetta questo requisito con piastre di separazione, supporti e cadute di pressione progettate correttamente, come indicato nella Figura 3-12 di 5850263-xxx. È presente uno sfiato combinato?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Tutti gli altri requisiti contenuti nel manuale di ventilazione della sala magnete sono stati compresi e rispettati?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Commento		
Data del rapporto:		
Compilato da (nome azienda):		
Compilato da (nome e cognome):		
Compilato da (titolo):		
Firma		
<b>Identificazione del sito:</b>	<b>Da compilare a cura di GE HealthCare</b>	
SYSID/GON:		
Tipo di sistema GE HealthCare (nome prodotto):		
Tipo di magnete GE HealthCare:		
Concessione GE HealthCare (se applicata):		
Data di ricezione:		
Ricevuto da (Nome e SSO):		
Ricevuto da (titolo):		

# マグネットベント適合性評価フォーム

設置場所 ID :	
カスタマー/病院/診療所名 :	
施設名 :	
国	

要件	回答をチェックしてください	
<b>セクション 2.2 : HVAC ベント要件</b>		
吸気にはマグネットルームの外からの空気が 5 % 以上含まれていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
備考		
報告日 :		
記入者 (会社名) :		
記入者 (氏名) :		
記入者 (役職) :		
署名 :		

要件	回答をチェックしてください	
<b>セクション 2.3 : 緊急排気ベントの要件</b>		
緊急排気ベントは仕上げ/吊り天井の最上部に設置されていますか、それともコールドヘッド側のサイドウォールの上部に設置されていますか？	<input type="checkbox"/> 最上部	<input type="checkbox"/> サイドウォール
緊急排気ベントのテストは済んでいますか、機能しますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
緊急排気ファンと排吸気口は、それぞれ 34 m <sup>3</sup> /分 (1200 CFM) 以上の容量があり、1 時間あたり 12 ルーム以上の空気交換が可能ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
オペレータワークスペース (OW) の近くとマグネットルームのドア近くに手動の排気ファンスイッチがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
排気ファンは酸素モニタによって作動しますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
マグネットルームの排気ファンは、5850263-xxx の図 2-1 または図 2-2 に従って取り付けられていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
該当する <b>図番号</b> を記入してください。		
備考		
報告日 :		
記入者 (会社名) :		
記入者 (氏名) :		
記入者 (役職) :		
署名 :		

要件	回答をチェックしてください	
<b>セクション 3.1 : 極低温ベントの要件</b>		

要件	回答をチェックしてください	
ベントパイプの直径は 5850263-xxx の表 3-1 に示す仕様を満たしていますか、パイプはマグネットアダプタと接続されていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
ベントサイズは 5850263-xxx のセクション 4 参照に掲載されているベント圧力降下表に従って設計されていますか？ 該当する <b>表番号</b> を記入してください。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<b>セクション 3.2：ベント要件</b>		
極低温ベントはマグネットベントアダプタに負荷がかからないように保持されていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
ベントのオプションと寸法は 5850263-xxx の表 3-2 から選択されていますか？ 5850263-xxx の表 3-2 から、使用されている <b>マグネット</b> をここに記入してください。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<b>セクション 3.4：マグネットルーム内のベント要件</b>		
ベントは、5850263-xxx の表 3-3 に記載されている材質のいずれかで製造されていますか？ 5850263-xxx の表 3-3 から、使用されている <b>材質</b> をここに記入してください。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
チューブまたはパイプはシームレスですか、それともセクション間に溶接/ロウ付けされたシームやジョイントがありますか？(波形管やスパイラルダクトは使用できません)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
ベントパイプは 241.4 kPa (35 psi) に耐えるように設計されていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
ベントサポートはクエンチ時の荷重、膨張、収縮に耐えるように設計されていますか？ 5850263-xxx の表 1-1 から、 <b>製品</b> をここに記入してください。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
ベントアダプタはストレートアダプタですか、それとも 90°アダプタですか？次の 2 つの質問のいずれかにお答えください。	<input type="checkbox"/> ストレート	<input type="checkbox"/> 90°
<b>ストレートアダプタ構成の場合</b> ：5850263-xxx の図 3-3 および 3-4 に示す必要なギャップ 10 ~ 32 mm (0.4 ~ 1.25 インチ) に加えて、マグネットベントアダプタ用に 102 mm (4 インチ) 以上のスペースを確保するのに十分なクリアランスがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<b>90°アダプタ構成の場合</b> ：5850263-xxx の図 3-5 または 3-6 に示す必要なギャップ 10 ~ 32 mm (0.4 ~ 1.25 インチ) を確保するのに十分なクリアランスがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
マグネットルームに取り付けられている絶縁破壊誘導体は 1 つだけで、それはマグネットインターフェイスに取り付けられていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
マグネットルームの内側および外側の天井または壁との間に、5850263-xxx の図 3-7 に示す絶縁破壊誘導体に対応する 102 mm (4 インチ) 以上のギャップがありますか？注記：導波管の全長は、812 mm (32 インチ) 以上である必要があります。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
備考		
報告日：		
記入者(会社名)：		
記入者(氏名)：		
記入者(役職)：		
署名：		

要件	回答をチェックしてください	
<b>セクション 3.5 : マグネットルーム外のベント要件</b>		
チューブまたはパイプはシームレスですか、それともセクション間に溶接/ロウ付けされたシームやジョイントがありますか？(波形管やスパイラルダクトは使用できません)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
ベントサポートはクエンチ時の荷重、膨張、収縮に耐えるように設計されていますか？ 5850263-xxx の表 1-1 から、使用されている <b>製品</b> をここに記入してください。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
絶縁破壊誘導体はマグネットルームの外側、導波管の隣に 1 つだけ取り付けられており、ベントパイプとの間に 5850263-xxx の図 3-8 に示す 19 ~ 32 mm (0.75 ~ 1.25 インチ) のギャップがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
電気機械式防火ダンパーは使用されていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
下方傾斜または滴下穴の使用により、凝縮水が排気システムのどこにも溜まらないようになっていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
排気口出口には、5850263-xxx の図 3-9、3-10、3-11 に示す排除エリアがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
排気エリアに吸気口や窓がなく、5850263-xxx の図 3-9、3-10、3-11 に示す極低温の排気が施設に再侵入することはありませんか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
排気口出口は正方形のスクリーンメッシュで覆われていますか、また出口が垂直上方向に向いている場合、パイプにカバー/キャップはついていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
排気口カバーまたはキャップは流量抵抗の計算に含まれていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2 つの GE HealthCare MR システムからの一体型極低温排気については注意が必要です。これが使用できるのは、5850263-xxx の図 3-12 に示す分離プレート、サポート、および適切に設計された圧力降下の要件に従って設置されている場合に限りです。一体型ベントはありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
マグネットルームベントマニュアルに含まれるその他の要件をすべて理解して順守していますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
備考		
報告日：		
記入者 (会社名)：		
記入者 (氏名)：		
記入者 (役職)：		
署名：		
<b>設置場所 ID：</b>	<b>GE HealthCare 記入欄</b>	
SYSID/GON：		
GE HealthCare システムのタイプ (製品名)：		
GE HealthCare マグネットのタイプ：		
GE HealthCare の同意 (適用されている場合)：		
受領日：		
受領者 (氏名および SSO)：		
受領者 (役職)：		

# 마그넷 환기 적합성 평가 양식

<b>현장 식별:</b>	
고객/병원/의원 이름:	
현장 이름:	
국가:	

요구 사항	올바른 응답 확인	
<b>섹션 2.2: HVAC 벤트 요구 사항</b>		
유입되는 공기에 마그넷 룸 외부의 공기가 5% 이상 포함되어 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
Comment(설명)		
보고서 작성일:		
작성자(회사명):		
작성자(이름 및 성):		
작성자(직함):		
서명		

요구 사항	올바른 응답 확인	
<b>섹션 2.3: 비상 배기 벤트 요구 사항</b>		
비상 배기 벤트가 마감/드롭 천장의 가장 높은 지점에 설치되어 있습니까, 아니면 콜드헤드쪽 측면 벽 상단에 설치되어 있습니까?	<input type="checkbox"/> 최고 지점	<input type="checkbox"/> 측면 벽
비상 배기 벤트가 테스트되었으며 작동 중입니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
비상 배기 팬과 배기 흡입 벤트가 각각 최소 34m <sup>3</sup> /분(1200CFM)의 용량으로 시간당 최소 12 회의 실내 공기 교환이 가능합니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
작업자 작업 공간(OW) 근처 및 마그넷 룸의 출입구 근처에 수동 배기 팬 스위치가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
배기 팬이 산소 모니터에 의해 작동됩니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
마그넷 룸 배기 팬이 5850263-xxx의 그림 2-1 또는 그림 2-2에 따라 설치되었습니까? 해당 <b>그림 번호</b> 를 나열하십시오.	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
Comment(설명)		
보고서 작성일:		
작성자(회사명):		
작성자(이름 및 성):		
작성자(직함):		
서명		

요구 사항	올바른 응답 확인	
<b>섹션 3.1: 극저온 유체 벤팅 요구 사항</b>		
벤트 파이프 직경이 파이프와 마그넷 어댑터의 인터페이스 관련 5850263-xxx의 표 3-1에 따른 사양을 충족합니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
5850263-xxx의 섹션 4 참조에 나열된 벤트 압력 강하 표에 따라 벤트 크기가 설계되었습니까? 해당 <b>테이블 번호</b> 를 나열하십시오.	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
<b>섹션 3.2: 벤팅 요구 사항</b>		

요구 사항	올바른 응답 확인	
마그넷 벤트 어댑터에 하중이 전달되지 않도록 극저온 벤트가 지지됩니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
5850263-xxx의 표 3-2에서 벤트 옵션 및 치수를 선택했습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
5850263-xxx의 표 3-2에서 사용된 <b>마그넷</b> 을 여기에 나열하십시오.		
<b>섹션 3.4: 마그넷 룸 내부 벤트 요구 사항</b>		
벤트가 5850263-xxx의 표 3-3에 나열된 소재 중 하나로 제작되었습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
5850263-xxx의 표 3-3에서 사용된 <b>소재</b> 를 여기에 나열하십시오.		
튜브 또는 파이프에 이음매가 있거나 섹션 사이에 용접/브레이징된 이음매와 조인트가 있습니까? (주름형 파이프 및/또는 나선형 덕트를 사용하면 안 됩니다.)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
벤트 파이프가 241.4kPa(35psi)를 견디도록 설계되었습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
벤트 지지대가 급랭 중에 하중, 팽창 및 수축을 견디도록 설계되었습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
5850263-xxx의 표 1-1에서 사용된 <b>제품</b> 을 여기에 나열하십시오.		
벤트 어댑터가 일자형 어댑터입니까 90도 어댑터입니까? 다음 두 질문 중 하나에 답하십시오.	<input type="checkbox"/> 일자형	<input type="checkbox"/> 90도
<b>일자형 어댑터 구성의 경우:</b> 5850263-xxx의 그림 3-3 및 3-4에 따른 10~32mm(0.4~1.25in.)의 필수 간격에 더해 마그넷 벤트 어댑터용으로 최소 102mm(4in.)를 수용할 수 있는 충분한 공간이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
<b>90도 어댑터 구성의 경우:</b> 5850263-xxx의 그림 3-5 또는 3-6에 따른 10~32mm(0.4~1.25in.)의 필수 간격을 수용할 수 있는 충분한 공간이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
마그넷 룸에 하나의 절연 파괴만 설치되어 있고 마그넷 인터페이스에 설치되어 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
5850263-xxx의 그림 3-7에 따라 절연 파괴를 수용하기 위해 마그넷 룸 내부와 외부 모두에서 천장 또는 벽 사이에 최소 102mm(4in.)의 간격이 있습니까? 참고: 도파관 전체 길이는 812mm(32in.) 이상이어야 합니다.	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
Comment(설명)		
보고서 작성일:		
작성자(회사명):		
작성자(이름 및 성):		
작성자(직함):		
서명		

요구 사항	올바른 응답 확인	
<b>섹션 3.5: 마그넷 룸 외부 벤트 요구 사항</b>		
튜브 또는 파이프에 이음매가 있거나 섹션 사이에 용접/브레이징된 이음매와 조인트가 있습니까? (주름형 파이프 및/또는 나선형 덕트를 사용하면 안 됩니다.)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
벤트 지지대가 급랭 중에 하중, 팽창 및 수축을 견디도록 설계되었습니까? 5850263-xxx의 표 1-1에서 사용된 <del>제품</del> 을 여기에 나열하십시오.	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
도파관과 인접한 마그넷 룸 외부에 하나의 절연 파괴만 설치되어 있고 5850263-xxx의 그림 3-8에 따라 벤트 파이프에 19~32mm(0.75~1.25in.)의 간격이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
전기 기계식 방화 댐퍼가 사용됩니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
아래 방향 경사면 또는 수분배출 구멍을 사용하여 응축수가 벤팅 시스템의 섹션 내부에 고이는 것을 방지합니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
벤트 배기구에 5850263-xxx의 그림 3-9, 3-10 및 3-11에 따른 제외 구역이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
5850263-xxx의 그림 3-9, 3-10 및 3-11에 따라 벤트 배기구 영역에 공기 흡입구와 창이 없어 극저온 배기가 시설로 다시 들어오지 않도록 방지합니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
벤트 배출구가 수직 상향으로 위치한 경우 벤트 배출구가 사각 스크린 메시로 덮여 있고 파이프 위에 커버/캡이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
배기 벤트 커버 또는 캡이 압력 강하 계산에 포함되었습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
두 대의 GE HealthCare MR 시스템으로부터의 복합 극저온 벤팅에 대해서도 주의가 필요하며 5850263-xxx의 그림 3-12에 따라 분리 플레이트, 지지대 및 적절히 설계된 압력 강하와 함께 구성이 이 요구 사항을 따르는 경우 사용할 수 있습니다. 복합 벤트가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
마그넷 룸 벤팅 설명서에 포함된 다른 모든 요구 사항을 이해하고 준수합니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
Comment(설명)		
보고서 작성일:		
작성자(회사명):		
작성자(이름 및 성):		
작성자(직함):		
서명		
<b>현장 식별:</b>	<b>GE HealthCare에 의해 작성</b>	
SYSID/GON:		
GE HealthCare 시스템 유형(제품 이름):		
GE HealthCare 마그넷 유형:		
GE HealthCare 양해(적용된 경우):		
수령일:		
수령자(이름 및 SSO):		
수령자(직함):		

# Formularz oceny zgodności wentylacji magnezu

<b>Dane placówki:</b>	
Nazwa klienta/szpitala/kliniki:	
Nazwa placówki:	
Kraj:	

<b>Wymóg</b>		<b>Należy zaznaczyć właściwą odpowiedź</b>	
<b>Część 2.2: Wymagania dotyczące wentylacji HVAC</b>			
Czy powietrze wpływające zawiera co najmniej 5% powietrza spoza pomieszczenia ze sprzętem magnetycznym?		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Uwagi			
Data sporządzenia raportu:			
Wypełnione przez (nazwa firmy):			
Osoba wypełniająca (imię i nazwisko):			
Osoba wypełniająca (tytuł):			
Podpis			

<b>Wymóg</b>		<b>Należy zaznaczyć właściwą odpowiedź</b>	
<b>Część 2.3: Wymagania dotyczące wentylacji awaryjnej</b>			
Czy awaryjny otwór wentylacyjny jest zamontowany w najwyższym punkcie wykończonego/podwieszanego sufitu, czy u góry ściany bocznej po stronie zimnej głowicy magnezu?		<input type="checkbox"/> Najwyższy punkt	<input type="checkbox"/> Ściana boczna
Czy przetestowano i potwierdzono działanie awaryjnego otworu wentylacyjnego?		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy awaryjny wentylator wyciągowy i wylot powietrza mają wydajność co najmniej po 34 m <sup>3</sup> /minutę (1200 CFM) przy co najmniej 12 wymianach powietrza w pomieszczeniu na godzinę?		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy w pobliżu obszaru roboczego operatora (OW) oraz w pomieszczeniu ze sprzętem magnetycznym w pobliżu drzwi znajduje się ręczny przełącznik wentylatora wyciągowego?		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy wentylator wyciągowy jest uruchamiany przez monitor tlenu?		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy wentylator wyciągowy w pomieszczeniu ze sprzętem magnetycznym został zamontowany zgodnie z rysunkiem 2-1 lub rysunkiem 2-2 zawartym w dokumencie o numerze 5850263-xxx? Prosimy wpisać odpowiedni <b>numer rysunku</b> .		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Uwagi			
Data sporządzenia raportu:			
Wypełnione przez (nazwa firmy):			
Osoba wypełniająca (imię i nazwisko):			
Osoba wypełniająca (tytuł):			
Podpis			

Wymóg	Należy zaznaczyć właściwą odpowiedź	
<b>Część 3.1: Wymagania dotyczące wentylacji kriogenicznej</b>		
Czy średnica rury wentylacyjnej w miejscu jej połączenia z adapterem magnesu jest zgodna ze specyfikacją podaną w tabeli 3-1 zawartej w dokumencie o numerze 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy rozmiar otworu wentylacyjnego odpowiada danym z tabeli dotyczącej spadku ciśnienia wentylacji zawartej w części 4 <i>Odniesienie</i> dokumentu o numerze 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Prosimy wpisać odpowiedni <b>numer tabeli</b> .		
<b>Część 3.2: Wymagania dotyczące wentylacji</b>		
Czy wsporniki instalacji wentylacji kriogenicznej zostały umieszczone w taki sposób, aby nie przenosiły żadnego obciążenia na adapter wentylacyjny magnesu?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy podczas doboru otworów wentylacyjnych i ich rozmiarów kierowano się informacjami podanymi w tabeli 3-2 zawartej w dokumencie o numerze 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Prosimy podać w tym miejscu rodzaj wykorzystanego <b>magnesu</b> z tabeli 3-2 zawartej w dokumencie o numerze 5850263-xxx.		
<b>Część 3.4: Wymagania dotyczące wentylacji wewnątrz pomieszczenia ze sprzętem magnetycznym</b>		
Czy wentylacja została wykonana z materiałów wymienionych w tabeli 3-3 zawartej w dokumencie o numerze 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Prosimy podać w tym miejscu rodzaj zastosowanego <b>materiału</b> z tabeli 3-3 zawartej w dokumencie o numerze 5850263-xxx.		
Czy zastosowane rury grubościennne lub cienkościennne są gładkie (nie mają spawanych/lutowanych połączeń ani złączy pomiędzy segmentami)? (Zabronione jest stosowanie rur karbowanych i/lub kanałów spiralnych).	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy konstrukcja rur wentylacyjnych jest w stanie wytrzymać ciśnienie wynoszące 241,4 kPa (35 psi)?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy konstrukcja wsporników wentylacji jest odporna na obciążenia, rozszerzanie się i kurczenie podczas chłodzenia?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Prosimy podać w tym miejscu <b>produkt</b> z tabeli 1-1 zawartej w dokumencie o numerze 5850263-xxx.		
Czy zastosowano adapter prosty, czy adapter 90°? Prosimy udzielić odpowiedzi na jedno z poniższych pytań.	<input type="checkbox"/> Prosty	<input type="checkbox"/> 90°
<b>W przypadku konfiguracji z adapterem prostym:</b> czy ilość wolnego miejsca uwzględnia (oprócz wymaganej szczeliny wynoszącej od 10 mm do 32 mm (od 0,4 cala do 1,25 cala)) przerwę wynoszącą co najmniej 102 mm (4 cale) przeznaczoną na adapter wentylacyjny magnesu zgodnie z rysunkami 3-3 i 3-4 zawartymi w dokumencie o numerze 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
<b>W przypadku konfiguracji z adapterem 90°:</b> czy ilość wolnego miejsca uwzględnia wymagany odstęp wynoszący od 10 mm do 32 mm (od 0,4 cala do 1,25 cala) zgodnie z rysunkiem 3-5 lub 3-6 zawartym w dokumencie o numerze 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy w pomieszczeniu ze sprzętem magnetycznym zainstalowano tylko jedną szczelinę dielektryczną i czy szczelina dielektryczna została zainstalowana na interfejsie magnesu?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy przy suficie lub ścianie zarówno wewnątrz, jak i na zewnątrz pomieszczenia ze sprzętem magnetycznym pozostawiono przestrzeń wynoszącą co najmniej 102 mm (4 cale) przeznaczoną na szczelinę dielektryczną zgodnie z rysunkiem 3-7 zawartym w dokumencie o numerze 5850263-xxx? UWAGA: całkowita długość falowodu musi wynosić co najmniej 812 mm (32 cale).	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Uwagi		
Data sporządzenia raportu:		

---

<b>Wymóg</b>		<b>Należy zaznaczyć właściwą odpowiedź</b>
Wypełnione przez (nazwa firmy):		
Osoba wypełniająca (imię i nazwisko):		
Osoba wypełniająca (tytuł):		
Podpis		

Wymóg	Należy zaznaczyć właściwą odpowiedź	
<b>Część 3.5: Wymagania dotyczące wentylacji poza pomieszczeniem ze sprzętem magnetycznym</b>		
Czy zastosowane rury grubościenne lub cienkościenne są gładkie (nie mają spawanych/lutowanych połączeń ani złączy pomiędzy segmentami)? (Zabronione jest stosowanie rur karbowanych i/lub kanałów spiralnych).	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy konstrukcja wsporników wentylacji jest odporna na obciążenia, rozszerzanie się i kurczenie podczas chłodzenia? Prosimy podać w tym miejscu wykorzystany <b>produkt</b> z tabeli 1-1 zawartej w dokumencie o numerze 5850263-xxx.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy konstrukcja obejmuje tylko jedną szczelinę dielektryczną poza pomieszczeniem ze sprzętem magnetycznym, przy falowniku, i czy odstęp przy rurze wentylacyjnej wynosi od 19 mm do 32 mm (od 0,75 cala do 1,25 cala) zgodnie z rysunkiem 3-8 zawartym w dokumencie o numerze 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy zastosowano jakiegokolwiek elektromechaniczne tłumiki ognia?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy wdrożono rozwiązania obejmujące odchylenie systemu w dół lub utworzenie odwodnienia, które pozwolą zapobiec gromadzeniu się kondensatu w jakiegokolwiek sekcji systemu wentylacji?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy przy wylocie wentylacji wydzielono obszar niedozwolony zgodnie z rysunkami 3-9, 3-10 i 3-11 zawartymi w dokumencie o numerze 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy obszar wylotu wentylacji pozbawiony jest otworów wlotowych powietrza lub okien, które mogłyby powodować ponowne przedostawanie się gazów kriogenicznych do obiektu (zgodnie z rysunkami 3-9, 3-10 i 3-11 zawartymi w dokumencie o numerze 5850263-xxx)?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy otwór odpowietrzający pokryty jest kwadratową siatką oraz jest wyposażony w pokrywę/kominek (w przypadku otworu skierowanego pionowo ku górze)?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy w obliczeniach spadku ciśnienia uwzględniono pokrywę lub kominek otworu odpowietrzającego systemu wentylacyjnego?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Należy odnotować fakt zastosowania łączonej wentylacji kriogenicznej z dwóch systemów MR firmy GE HealthCare. Takie rozwiązanie jest dopuszczalne, jeśli konstrukcja spełnia wymagania dotyczące płyt rozdzielających i wsporników i jeśli uwzględniono prawidłowe spadki ciśnienia zgodnie z rysunkiem 3-12 zawartym w dokumencie o numerze 5850263-xxx. Czy zastosowano wentylację łączoną?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy wszystkie pozostałe wymagania zawarte w podręczniku dotyczącym wentylacji pomieszczenia ze sprzętem magnetycznym są zrozumiałe i zostały spełnione?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Uwagi		
Data sporządzenia raportu:		
Wypełnione przez (nazwa firmy):		
Osoba wypełniająca (imię i nazwisko):		
Osoba wypełniająca (tytuł):		
Podpis		

---

<b>Dane placówki:</b>	<b>Wypełnia firma GE HealthCare</b>
SYSID/GON:	
Typ systemu firmy GE HealthCare (nazwa produktu):	
Typ magnesu firmy GE HealthCare:	
Pozwolenie firmy GE HealthCare (w stosownych przypadkach):	
Data otrzymania:	
Osoba otrzymująca (imię, nazwisko i SSO):	
Osoba otrzymująca (tytuł):	

# Formulário de Avaliação de Conformidade de Ventilação do Magneto

<b>Identificação do local:</b>	
Nome do cliente/hospital/clínica:	
Nome do local:	
País:	

Requisito	Marque a resposta correta	
<b>Seção 2.2: Requisitos de Ventilação HVAC</b>		
O ar de entrada contém pelo menos 5% de ar de fora da Sala do Magneto?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Comentário		
Data do relatório:		
Preenchido por (Nome da empresa):		
Preenchido por (Nome e sobrenome):		
Preenchido por (cargo):		
Assinatura		

Requisito	Marque a resposta correta	
<b>Seção 2.3: Requisitos da ventilação de escape de emergência</b>		
A ventilação do escape de emergência está instalado no ponto mais alto do teto com acabamento/suspensão ou na parte superior da parede lateral do lado que contém o coldhead?	<input type="checkbox"/> Ponto mais alto	<input type="checkbox"/> Parede lateral
A ventilação de exaustão de emergência foi testada e está funcionando?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
O ventilador de escape de emergência e a abertura de admissão de escape têm, cada um, capacidade de, pelo menos, 34 m <sup>3</sup> /minuto (1200 CFM) com, no mínimo, 12 trocas de ar por hora?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Existe um interruptor do ventilador de escape manual próximo ao Posto de Trabalho do Operador (OW) e na sala do magneto, próximo à porta?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
O ventilador de escape é ativado por um monitor de oxigênio?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
O ventilador de escape da sala do magneto está instalado de acordo com a Figura 2-1 ou Figura 2-2 em 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Liste o <b>número da Figura</b> aplicável.		
Comentário		
Data do relatório:		
Preenchido por (Nome da empresa):		
Preenchido por (Nome e sobrenome):		
Preenchido por (cargo):		
Assinatura		

Requisito	Marque a resposta correta	
<b>Seção 3.1: Requisitos de Ventilação Criogênica</b>		
O diâmetro do tubo de ventilação atende às especificações da Tabela 3-1 de 5850263-xxx, onde o tubo faz interface com o adaptador magnético?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
O tamanho da ventilação foi projetado de acordo com a tabela de queda de pressão da ventilação listada na seção 4 <i>Referência</i> de 5850263-xxx? Liste o <b>número da Tabela</b> aplicável.	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<b>Seção 3.2: Requisitos de Ventilação</b>		
A ventilação criogênica é suportada de forma que não transfira nenhuma carga para o adaptador da ventilação do magneto?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
As opções e dimensões da ventilação são selecionadas a partir da Tabela 3-2 de 5850263-xxx? Liste aqui o <b>magneto</b> usado na Tabela 3-2 de 5850263-xxx.	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<b>Seção 3.4: Requisitos de ventilação dentro da sala do magneto</b>		
A ventilação é feita de um dos materiais listados na Tabela 3-3 de 5850263-xxx? Liste aqui o <b>material</b> usado na Tabela 3-3 de 5850263-xxx.	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Os tubos são sem costura ou possuem junções com solda simples/forte e juntas entre as seções? (Tubos corrugados e/ou dutos em espiral não são permitidos)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Os tubos de ventilação são projetados para suportar 241,4 kPa (35 psi)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Os suportes de ventilação são projetados para suportar cargas, expansão e contração durante uma extinção? Liste aqui o <b>produto</b> a partir da Tabela 1-1 de 5850263-xxx.	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
O adaptador de ventilação é um adaptador reto ou de 90 graus? Responda uma das duas perguntas a seguir.	<input type="checkbox"/> Reto	<input type="checkbox"/> 90 graus
<b>Para configurações de adaptador reto:</b> Há espaço suficiente para acomodar pelo menos 102 mm (4 pol.) do adaptador de ventilação do magneto, além da folga necessária de 10 a 32 mm (0,4 a 1,25 pol.) de acordo com as Figuras 3-3 e 3-4 de 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<b>Para configurações do adaptador de 90 graus:</b> Há espaço suficiente para acomodar a folga necessária de 10 a 32 mm (0,4 a 1,25 pol.) de acordo com as Figuras 3-5 ou 3-6 de 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Somente um freio dielétrico está instalado na sala do magneto e está instalado na interface do magneto?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Existe uma folga mínima de 102 mm (4 pol.) entre o teto ou a parede, tanto dentro quanto fora da sala do magneto, para acomodar as quebras dielétricas de acordo com a Figura 3-7 de 5850263-xxx? NOTA: O comprimento total da guia de onda deve ser de pelo menos 812 mm (32 pol.)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Comentário		
Data do relatório:		
Preenchido por (Nome da empresa):		
Preenchido por (Nome e sobrenome):		
Preenchido por (cargo):		
Assinatura		

Requisito	Marque a resposta correta	
<b>Seção 3.5: Requisitos de Ventilação fora da Sala do Magneto</b>		
Os tubos são sem costura ou possuem junções com solda simples/forte e juntas entre as seções? (Tubos corrugados e/ou dutos em espiral não são permitidos)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Os suportes de ventilação são projetados para suportar cargas, expansão e contração durante uma extinção?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Liste aqui o <b>produto</b> usado na Tabela 1-1 de 5850263-xxx.		
Há apenas um freio dielétrico instalado fora da sala do magneto, adjacente à guia de ondas, e há uma folga de 19 a 32 mm (0,75 a 1,25 pol.) no tubo de ventilação de acordo com a Figura 3-8 de 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Algum amortecedor de incêndio eletromecânico é usado?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Os condensados são impedidos de se acumular no interior de qualquer seção do sistema de ventilação por meio do uso de orifícios com inclinação para baixo ou de drenagem?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
A saída de escape da ventilação tem uma área de exclusão de acordo com as Figuras 3-9, 3-10 e 3-11 de 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
A área de saída de ventilação está livre de aberturas e janelas de entrada de ar para evitar que o escape criogênico entre novamente na instalação de acordo com as Figuras 3-9, 3-10 e 3-11 de 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
A saída de ventilação está coberta com malha de tela quadrada e tem uma tampa/cobertura sobre o tubo, se a saída de ventilação estiver orientada na posição vertical para cima?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
A cobertura ou a tampa da ventilação de escape foi incluída no cálculo da queda de pressão?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
A ventilação criogênica combinada de dois sistemas de RM da GE Healthcare deve ser observada e pode ser usada se a estrutura seguir esse requisito com placas de separação, suportes e quedas de pressão adequadamente projetadas de acordo com a Figura 3-12 de 5850263-xxx. Há um ventilação combinada?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Todos os outros requisitos contidos no manual de Ventilação da Sala do Magneto são compreendidos e seguidos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Comentário		
Data do relatório:		
Preenchido por (Nome da empresa):		
Preenchido por (Nome e sobrenome):		
Preenchido por (cargo):		
Assinatura		
<b>Identificação do local:</b>	<b>A ser preenchido pela GE HealthCare</b>	
SYSID/GON:		
Tipo de sistema GE HealthCare (nome do produto):		
Tipo de magneto GE HealthCare:		
Concessão GE HealthCare (se aplicável):		
Data de recebimento:		
Recebido por (nome e SSO):		
Recebido por (cargo):		

# Форма для оценки соответствия систем вентиляции магнитов установленным требованиям

Данные учреждения	
ФИО заказчика/название больницы/название клиники	
Название учреждения	
Страна	

Требование	Отметьте подходящий вариант ответа	
<b>Раздел 2.2: Требования к системе ОВКВ</b>		
Содержит ли поступающий воздух по крайней мере 5 % воздуха, поступающего из-за пределов процедурной?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Комментарий		
Дата составления отчета		
Кем составлен (компания)		
Кем составлен (имя и фамилия)		
Кем составлен (должность)		
Подпись		

Требование	Отметьте подходящий вариант ответа	
<b>Раздел 2.3: Требования к аварийной вытяжной вентиляции</b>		
Система аварийной вытяжной вентиляции установлена в самой высокой точке отделочного потолка/подвесного потолка или наверху боковой стены со стороны охлаждающей головки магнита?	<input type="checkbox"/> В самой высокой точке	<input type="checkbox"/> На боковой стене
Проводилась ли проверка системы аварийной вытяжной вентиляции? Функционирует ли данная система?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Аварийный вытяжной вентилятор и впускное отверстие вытяжной вентиляционной системы обладают пропускной способностью не менее 34 м <sup>3</sup> /мин (1200 куб. футов/мин), т. е. не менее 12 полных воздушных объемов помещения в час?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Установлен ли рядом с рабочим местом оператора (OW) и рядом с дверью в процедурной ручной переключатель для вытяжного вентилятора?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Активация вытяжного вентилятора происходит посредством датчика кислорода?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Вытяжной вентилятор в процедурной установлен в соответствии с рисунком 2-1 или рисунком 2-2, приведенным в документе 5850263-xxx? Укажите соответствующий <b>номер рисунка</b> .	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Комментарий		
Дата составления отчета		
Кем составлен (компания)		

Требование	Отметьте подходящий вариант ответа
Кем составлен (имя и фамилия)	
Кем составлен (должность)	
Подпись	

Требование	Отметьте подходящий вариант ответа
------------	------------------------------------

Раздел 3.1: Требования к системе вентиляции криогенных газов		
Соответствует ли диаметр вентиляционной трубы в месте соединения с переходником магнита требованиям, приведенным в таблице 3-1 документа 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Соответствует ли размер вентиляционной системы требованиям, приведенным в таблице с указанием значений падения давления в системе вентиляции в главе 4 « <i>Справочные данные</i> » документа 5850263-xxx? Укажите соответствующий <b>номер таблицы</b> .	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Раздел 3.2: Требования к системе вентиляции		
Опора системы вентиляции криогенных газов установлена таким образом, что система вентиляции не оказывает нагрузку на вентиляционный переходник магнита?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Система вентиляции выбрана из вариантов и размеров, приведенных в таблице 3-2 документа 5850263-xxx? Укажите в данном пункте, какой из <b>магнитов</b> , приведенных в таблице 3-2 документа 5850263-xxx, используется.	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Раздел 3.4: Требования к системе вентиляции в пределах процедурной		
Система вентиляции изготовлена из материалов, приведенных в таблице 3-3 документа 5850263-xxx? Укажите в данном пункте, какой из <b>материалов</b> , приведенных в таблице 3-3 документа 5850263-xxx, используется.	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Используемые трубы бесшовные или имеют сварные/спаянные швы и стыки между секциями? (использование гофрированных труб и/или спиральных воздухопроводов недопустимо)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Вентиляционные трубы способны выдержать давление в 241,4 кПа (35 фунтов/кв. дюйм)?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Опоры системы вентиляции способны выдержать нагрузку, расширение и сжатие во время аварийного квенча? Укажите в данном пункте, какое из <b>изделий</b> , приведенных в таблице 1-1 документа 5850263-xxx, используется.	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
В качестве вентиляционного переходника используется переходник с углом 90° или прямой переходник? Ответьте на один из следующих двух вопросов.	<input type="checkbox"/> Прямой	<input type="checkbox"/> С углом 90°
<b>При использовании прямого переходника:</b> достаточно ли свободного места для размещения вентиляционного переходника магнита, размер которого составляет не менее 102 мм (4 дюйма), в дополнение к необходимому зазору размером от 10 до 32 мм (от 0,4 до 1,25 дюйма), как указано на рисунках 3-3 и 3-4 документа 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
<b>При использовании переходника с углом 90°:</b> достаточно ли свободного места, обеспечивающего необходимый зазор размером от 10 до 32 мм (от 0,4 до 1,25 дюйма), как указано на рисунках 3-5 и 3-6 документа 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет

Требование	Отметьте подходящий вариант ответа	
В процедурной установлена только одна диэлектрическая вставка? Она установлена на участке соединения с магнитом?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Имеется ли между потолком или стеной в процедурной и за ее пределами зазор размером не менее 102 мм (4 дюйма) для размещения диэлектрической вставки, как указано на рисунке 3-7 документа 5850263-xxx? ПРИМЕЧАНИЕ. Общая длина волновода должна составлять не менее 812 мм (32 дюймов).	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Комментарий		
Дата составления отчета		
Кем составлен (компания)		
Кем составлен (имя и фамилия)		
Кем составлен (должность)		
Подпись		

Требование	Отметьте подходящий вариант ответа	
<b>Раздел 3.5: Требования к системе вентиляции за пределами процедурной</b>		
Используемые трубы бесшовные или имеют сварные/спаянные швы и стыки между секциями? (использование гофрированных труб и/или спиральных воздухопроводов недопустимо)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Опоры системы вентиляции способны выдержать нагрузку, расширение и сжатие во время аварийного квенча? Укажите в данном пункте, какое из <i>изделий</i> , приведенных в таблице 1-1 документа 5850263-xxx, используется.	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
За пределами процедурной рядом с волноводом установлена только одна диэлектрическая вставка? Есть ли зазор размером от 19 до 32 мм (от 0,75 до 1,25 дюйма) для установки вентиляционной трубы, как показано на рисунке 3-8 документа 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Используются ли электромеханические противопожарные заслонки?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Применяется ли наклон вниз или используются ли дренажные отверстия для предотвращения скапливания конденсата внутри любой части вентиляционной системы?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Предусмотрена ли для выпускного отверстия вентиляционной системы ограниченная в целях безопасности зона, как показано на рисунках 3-9, 3-10 и 3-11 документа 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Отсутствуют ли в области выхода воздуха из вентиляционной системы впускные отверстия и окна, которые могут привести к повторному попаданию криогенных газов в медицинское учреждение, как показано на рисунках 3-9, 3-10 и 3-11 документа 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Закрывается ли выходное вентиляционное отверстие квадратной сеткой? Если выходное отверстие направлено вверх, закрыта ли труба данного отверстия крышкой/колпаком?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Учитывалась ли крышка (или колпак) выходного отверстия вентиляционной системы при расчете падения давления?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Следует учитывать возможность объединения систем вентиляции криогенных газов двух систем МРТ компании GE HealthCare. Такая конфигурация может быть использована, если конструкция систем соответствует требованиям, предъявляемым к разделяющим пластинам, опорам и расчету падения давления, как показано на рисунке 3-12 документа 5850263-xxx. Используется комбинированная система вентиляции?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Все остальные требования, содержащиеся в данном руководстве по эксплуатации системы вентиляции в процедурной, усвоены и соблюдены?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Комментарий		
Дата составления отчета		
Кем составлен (компания)		
Кем составлен (имя и фамилия)		
Кем составлен (должность)		
Подпись		

<b>Данные учреждения</b>	<b>Заполняется представителем компании GE HealthCare</b>
Идентификатор системы/GON	
Тип системы компании GE HealthCare (название изделия)	
Тип магнита компании GE HealthCare	
Отступление от требований, одобренное компанией GE HealthCare (если применимо)	
Дата получения	
Кем получено (ФИО и данные единого входа (SSO))	
Кем получено (должность)	

# Formulario de evaluación de conformidad de la ventilación del imán

<b>Identificación del centro:</b>	
Nombre del cliente/hospital/clínica:	
Nombre del centro:	
País:	

Requisito	Marcar la respuesta correcta	
<b>Sección 2.2: Requisitos de ventilación del sistema de climatización</b>		
¿Contiene el aire de entrada al menos un 5 % de aire procedente del exterior de la sala del imán?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Comentario		
Fecha del informe:		
Rellenado por (nombre de la empresa):		
Rellenado por (nombre y apellidos):		
Rellenado por (cargo):		
Firma		

Requisito	Marcar la respuesta correcta	
<b>Sección 2.3: Requisitos del conducto de ventilación de escape de emergencia</b>		
¿Está el conducto de ventilación de escape de emergencia instalado en el punto más alto del techo acabado/falso techo o en la parte superior de la pared lateral al lado del cabezal de refrigeración?	<input type="checkbox"/> Punto más alto	<input type="checkbox"/> Pared lateral
¿Se probado el conducto de ventilación de escape de emergencia y funciona correctamente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tienen el ventilador de escape de emergencia y el conducto de ventilación de entrada de escape una capacidad de al menos 34 m <sup>3</sup> /minuto (1200 CFM) con un mínimo de 12 intercambios de aire ambiental por hora?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Hay un interruptor manual del ventilador de extracción cerca del espacio de trabajo del operador y en la sala del imán cerca de la puerta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Se activa el ventilador de extracción mediante un monitor de oxígeno?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Está instalado el ventilador de escape de la sala del imán según la Figura 2-1 o la Figura 2-2 de 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Indique <b>el número de figura</b> correspondiente.		
Comentario		
Fecha del informe:		
Rellenado por (nombre de la empresa):		
Rellenado por (nombre y apellidos):		
Rellenado por (cargo):		

Requisito		Marcar la respuesta correcta	
Firma			
Requisito		Marcar la respuesta correcta	
<b>Sección 3.1: Requisitos de ventilación criogénica</b>			
¿Cumple el diámetro del tubo de ventilación las especificaciones de la Tabla 3-1 de 5850263-xxx donde el tubo se conecta con el adaptador del imán?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Está el tamaño del sistema de ventilación diseñado según la tabla de caída de presión de la ventilación indicada en la sección 4 Referencia de 5850263-xxx?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Indique <b>el número de tabla</b> correspondiente.			
<b>Sección 3.2: Requisitos de ventilación</b>			
¿Está la ventilación criogénica sustentada de forma que no transfiera carga al adaptador del conducto de ventilación del imán?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Se han seleccionado las dimensiones y las opciones de ventilación de la Tabla 3-2 de 5850263-xxx?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Indique aquí el <b>imán</b> utilizado de la Tabla 3-2 de 5850263-xxx.			
<b>Sección 3.4: Requisitos de ventilación dentro de la sala del imán</b>			
¿Está hecha la ventilación de uno de los materiales indicados en la Tabla 3-3 de 5850263-xxx?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Indique aquí el <b>material</b> utilizado de la Tabla 3-3 de 5850263-xxx.			
¿Los tubos o conductos no tienen costuras o tienen juntas y uniones soldadas entre las distintas secciones? (No se permiten tubos corrugados ni conductos en espiral)		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Están los tubos de ventilación diseñados para soportar 241,4 kPa (35 psi)?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Están los soportes de la ventilación diseñados para aguantar las cargas, la expansión y la contracción que se producen en el apagado del imán?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Indique aquí el <b>producto</b> de la Tabla 1-1 de 5850263-xxx.			
¿Es el adaptador de ventilación recto o de 90 grados? Marque una de las dos opciones.		<input type="checkbox"/> Recto	<input type="checkbox"/> 90 grados
<b>Para configuraciones de adaptador recto:</b> ¿Hay espacio suficiente para dejar al menos 102 mm (4 in) para el adaptador del conducto de ventilación, además del espacio necesario de 10 mm a 32 mm (de 0,4 in a 1,25 in) según las Figuras 3-3 y 3-4 de 5850263-xxx?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>Para configuraciones de adaptador de 90 grados:</b> ¿Hay espacio suficiente para que se deje el hueco necesario de 10 mm a 32 mm (de 0,4 in a 1,25 in) según las Figuras 3-5 o 3-6 de 5850263-xxx?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Hay solo una ruptura dieléctrica en la sala del imán instalada en la interfaz del imán?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Hay un espacio mínimo de 102 mm (4 in) hasta el techo o pared tanto dentro como fuera de la sala del imán para alojar rupturas dieléctricas según la Figura 3-7 de 5850263-xxx? NOTA: La longitud total de la guía de ondas debe ser al menos de 812 mm (32 in).		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Comentario			
Fecha del informe:			
Rellenado por (nombre de la empresa):			
Rellenado por (nombre y apellidos):			
Rellenado por (cargo):			

Requisito	Marcar la respuesta correcta
Firma	

Requisito	Marcar la respuesta correcta
-----------	------------------------------

Sección 3.5: Requisitos de ventilación fuera de la sala del imán		
¿Los tubos o conductos no tienen costuras o tienen juntas y uniones soldadas entre las distintas secciones? (No se permiten tubos corrugados ni conductos en espiral)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Están los soportes de la ventilación diseñados para aguantar las cargas, la expansión y la contracción que se producen en el apagado del imán?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Indique aquí el <b>producto</b> utilizado de la Tabla 1-1 de 5850263-xxx.		
¿Solo hay una ruptura dieléctrica instalada fuera de la sala del imán, junto a la guía de ondas, y hay un espacio de 19 mm a 32 mm (de 0,75 in a 1,25 in) hasta el tubo de ventilación según la Figura 3-8 de 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Se utilizan amortiguadores de incendios electromagnéticos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Se evita que se produzca condensación en todas las secciones del sistema de ventilación al tratarse de un sistema inclinado hacia abajo o por la presencia de orificios de drenaje?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene la salida del conducto de ventilación un área de exclusión según las Figuras 3-9, 3-10 y 3-11 de 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Está libre el área de salida del conducto de ventilación de orificios de entrada de aire y ventanas para impedir que los gases criogénicos vuelvan a entrar a las instalaciones según las Figuras 3-9, 3-10 y 3-11 de 5850263-xxx?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Está la salida de ventilación cubierta con una malla cuadrada y no tiene una cubierta/tapa en el tubo si dicha salida está orientada verticalmente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Se ha incluido la tapa o cubierta de ventilación de escape en el cálculo de la caída de presión?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Se puede usar, y se debe indicar su utilización, ventilación criogénica combinada de dos sistemas de RM de GE HealthCare si la estructura cumple este requisito con placas de separación, soportes y caídas de presión diseñadas adecuadamente según la Figura 3-12 de 5850263-xxx. ¿Hay ventilación combinada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Se entienden y cumplen el resto de requisitos contenidos en el manual de ventilación de la sala del imán?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Comentario		
Fecha del informe:		
Rellenado por (nombre de la empresa):		
Rellenado por (nombre y apellidos):		
Rellenado por (cargo):		
Firma		

<b>Identificación del centro:</b>	<b>Lo debe rellenar GE HealthCare</b>
SYSID/GON:	
Tipo de sistema de GE HealthCare (nombre del producto):	
Tipo de imán de GE HealthCare:	
Concesión de GE HealthCare (si procede):	
Fecha de recepción:	
Recibido por (nombre y SSO):	
Recibido por (cargo):	

# Biểu mẫu đánh giá hợp quy thông khí nam châm

<b>Mã định danh của cơ sở:</b>	
Tên khách hàng/bệnh viện/phòng khám:	
Tên cơ sở:	
Quốc gia:	

Yêu cầu		Đánh dấu vào câu trả lời đúng	
<b>Mục 2.2: Các yêu cầu về ống thông khí HVAC</b>			
Không khí vào có chứa ít nhất 5% không khí từ bên ngoài Phòng nam châm không?		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Ghi chú			
Ngày báo cáo:			
Hoàn thành bởi (Tên công ty):			
Hoàn thành bởi (Tên và họ):			
Hoàn thành bởi (Chức danh):			
Chữ ký			

Yêu cầu		Đánh dấu vào câu trả lời đúng	
<b>Mục 2.3: Các yêu cầu về ống xả khẩn cấp</b>			
Ống xả khẩn cấp được lắp đặt tại điểm cao nhất của trần hoàn thiện/trần thả hay trên đầu tường bên của phía đầu lạnh?		<input type="checkbox"/> Điểm cao nhất	<input type="checkbox"/> Tường bên
Ống xả khẩn cấp đã được kiểm tra chưa và ống này có hoạt động không?		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Mỗi quạt xả khí khẩn cấp và lỗ thông khí xả có công suất tối thiểu là 34 m <sup>3</sup> /phút (1200 CFM) với tối thiểu 12 lần trao đổi không khí trong phòng mỗi giờ không?		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Có công tắc quạt xả khí thủ công gần Bàn làm việc của người vận hành (OW) và trong Phòng nam châm gần cửa không?		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Quạt xả khí có được kích hoạt bởi thiết bị theo dõi oxy không?		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Quạt xả khí của Phòng nam châm được lắp đặt theo Hình 2-1 hay Hình 2-2 của 5850263-xxx? Liệt kê <b>Số thứ tự của Hình</b> áp dụng.		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Ghi chú			
Ngày báo cáo:			
Hoàn thành bởi (Tên công ty):			
Hoàn thành bởi (Tên và họ):			
Hoàn thành bởi (Chức danh):			
Chữ ký			

Yêu cầu		Đánh dấu vào câu trả lời đúng	
<b>Mục 3.1: Các yêu cầu về thông khí làm lạnh</b>			
Đường kính ống thông khí có đáp ứng thông số kỹ thuật theo Bảng 3-1 của 5850263-xxx tại nơi ống tiếp giáp với ống nối nam châm không?		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không

Yêu cầu	Đánh dấu vào câu trả lời đúng	
Kích cỡ ống thông khí có được thiết kế theo bảng mức giảm áp suất ống thông khí liệt kê trong mục 4 <i>Tham khảo</i> của 5850263-xxx không? Liệt kê <b>Số thứ tự của Bảng</b> áp dụng.	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
<b>Mục 3.2: Các yêu cầu về thông khí</b>		
Ống thông khí làm lạnh có được đỡ theo cách sao cho không truyền tải đến ống nối ống thông khí nam châm không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Tùy chọn và kích thước của ống thông khí có được chọn từ Bảng 3-2 của 5850263-xxx không? Liệt kê <b>Nam châm</b> được dùng từ Bảng 3-2 của 5850263-xxx tại đây.	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
<b>Mục 3.4: Các yêu cầu về ống thông khí bên trong Phòng nam châm</b>		
Ống thông khí có được làm từ một trong những vật liệu được liệt kê trong Bảng 3-3 của 5850263-xxx không? Liệt kê <b>Vật liệu</b> được dùng từ Bảng 3-3 của 5850263-xxx tại đây.	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Các ống tròn hoặc ống dạng khác liền mạch hay có các mạch và khớp giữa các đoạn được hàn/hàn cứng lại? (Không được phép sử dụng ống gấp nếp và/hoặc ống xoắn ốc)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Các ống thông khí có được thiết kế chịu được áp suất 241,4 kPa (35 psi) không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Các giá đỡ ống thông khí có được thiết kế để chịu được tải, co và giãn khi làm nguội lạnh không? Liệt kê <b>Sản phẩm</b> từ Bảng 1-1 của 5850263-xxx tại đây.	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Ống nối ống thông khí là ống nối thẳng hay ống nối 90 độ? Trả lời một trong hai câu hỏi sau.	<input type="checkbox"/> Thẳng	<input type="checkbox"/> 90 độ
<b>Đối với cấu hình ống nối thẳng:</b> Có đủ khoảng hở để chứa ít nhất 102 mm (4 inch) cho ống nối ống thông khí nam châm, ngoài khoảng cách yêu cầu từ 10 đến 32 mm (0,4 đến 1,25 inch) theo các Hình 3-3 và 3-4 của 5850263-xxx không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
<b>Đối với cấu hình ống nối 90 độ:</b> Có đủ khoảng hở để cho khoảng cách yêu cầu từ 10 đến 32 mm (0,4 đến 1,25 inch) theo các Hình 3-5 hoặc 3-6 của 5850263-xxx không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Có phải chỉ có một thiết bị phá vỡ điện môi được lắp đặt trong Phòng nam châm và thiết bị này được lắp đặt tại giao diện nam châm?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Có khoảng hở tối thiểu 102 mm (4 inch) giữa trần nhà hoặc tường cả trong và ngoài Phòng nam châm để chứa các thiết bị phá vỡ điện môi theo Hình 3-7 của 5850263-xxx không? <b>LƯU Ý:</b> Chiều dài tổng thể của ống dẫn sóng tối thiểu phải là 812 mm (32 inch)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Ghi chú		
Ngày báo cáo:		
Hoàn thành bởi (Tên công ty):		
Hoàn thành bởi (Tên và họ):		
Hoàn thành bởi (Chức danh):		
Chữ ký		

Yêu cầu		Đánh dấu vào câu trả lời đúng	
<b>Mục 3.5: Các yêu cầu về thông khí bên ngoài Phòng nam châm</b>			
Các ống tròn hoặc ống dạng khác liền mạch hay có các mạch và khớp giữa các đoạn được hàn/hàn cứng lại? (Không được phép sử dụng ống gấp nếp và/hoặc ống xoắn ốc)		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Các giá đỡ ống thông khí có được thiết kế để chịu được tải, co và giãn khi làm nguội lạnh không? Liệt kê <b>Sản phẩm</b> được dùng từ Bảng 1-1 của 5850263-xxx tại đây.		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Có phải chỉ có một thiết bị phá vỡ điện môi được lắp đặt bên ngoài Phòng nam châm, liền kề với ống dẫn sóng, và có khoảng cách từ 19 đến 32 mm (0,75 đến 12,25 inch) đến ống thông khí theo Hình 3-8 của 5850263-xxx không?		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Có sử dụng bất kỳ van dập lửa cơ điện nào không?		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Có ngăn tích tụ trong tất cả các đoạn của hệ thống thông gió bằng cách sử dụng các lỗ thoát hoặc nghiêng hướng xuống không?		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Lỗ thoát xả thông khí có khu vực cấm theo các Hình 3-9, 3-10 và 3-11 của 5850263-xxx không?		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Có phải là lỗ thoát thông khí không có các cửa sổ và ống thông khí nạp để ngăn không cho khí thải làm lạnh xâm nhập lại vào tòa nhà theo các Hình 3-9, 3-10 và 3-11 của 5850263-xxx không?		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Lỗ thoát ống thông khí có được bọc bằng lưới vuông và có nắp/chụp trên ống không, nếu lỗ thoát ống thông khí được đặt trong vị trí thẳng đứng hướng lên?		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Có xét đến nắp hoặc chụp lỗ thoát thông khí khi tính toán sụt áp không?		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Thông khí làm lạnh kết hợp từ hai hệ thống MR của GE HealthCare phải được ghi chú và có thể được sử dụng nếu quá trình thi công tuân thủ yêu cầu này với các tấm ngăn, giá đỡ và có mức giảm áp suất được thiết kế đúng cách theo Hình 3-12 của 5850263-xxx. Có thông khí kết hợp không?		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Có phải tất cả yêu cầu khác có trong hướng dẫn Thông khí Phòng nam châm đều đã được hiểu và tuân thủ không?		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Ghi chú			
Ngày báo cáo:			
Hoàn thành bởi (Tên công ty):			
Hoàn thành bởi (Tên và họ):			
Hoàn thành bởi (Chức danh):			
Chữ ký			
<b>Mã định danh của cơ sở:</b>		<b>Dành cho GE HealthCare điền</b>	
SYSID/GON:			
Loại hệ thống GE HealthCare (Tên sản phẩm):			
Loại nam châm GE HealthCare:			
Đặc nhượng GE HealthCare (nếu có):			
Ngày nhận:			
Được nhận bởi (Tên và SSO):			
Được nhận bởi (Chức danh):			



GE HealthCare

[www.gehealthcare.com](http://www.gehealthcare.com)