**台北醫學大學 7T 動物磁振造影 諮詢表格**

**諮詢編號：**(由神經醫學研究中心-神經影像團隊填寫)

**7T MRI Consult**

**洽詢人資訊**

|  |  |
| --- | --- |
| **洽詢日期 \*** | (系統自動帶出) |
| **實驗單位 Institute/Lab/Company \*** |  |
| **計畫主持人/試驗負責人****PI’s Name \*** |  |
| **聯絡人 Contact \*** |  |
| **聯絡人電話 Phone number \*** |  |
| **聯絡人e-mail \*** |  |
| **實驗物種 Species** |  |
| **實驗品系 Strain** |  |
| **動物數量 Number of Animals** |  |
| **預計造影起迄日期 Imaging Period** |  |

**洽詢內容**

|  |  |
| --- | --- |
| **洽詢問題類別 \*** | □造影參數與波序 (parameter and sequence) [註] □動物準備(animals)□掃描時間 (scan time)□影像傳輸 (Image transfer)□影像處理及分析 (Image processing & Analysis)□預約流程 (reservation)□掃描費諮詢 (scan fee)□其他 (others) |
| [註] 如洽詢類別為造影參數與波序，請檢附最多兩篇欲使用造影參數之參考文獻，並將造影參數部分節錄於洽詢內容欄位中。 |
| **洽詢內容 \*** | 請條列欲諮詢之問題，並盡可能明確描述內容。(篇幅不足，請自行增頁) |
| **計畫主持人/****試驗負責人簽章 \*** |  | 收件人與日期 (由神經醫學研究中心-神經影像團隊填寫) |  |

**\*為必填項目**

**諮詢紀錄與審核** (由轉譯影像研究中心填寫)

|  |  |
| --- | --- |
| **前期諮詢編號**(同一計畫主持人/試驗負責人案件) |  |
| **諮詢結果** |  | **承辦人簽章與日期** |  |
| **審核人簽章與日期** |  | **神經醫學研究中心-神經影像團隊主管簽章與日期** |  |