

NOME: _____ TELEFONE: _____

DATA: ____ / ____ / ____ SOLICITAÇÃO: _____ IDADE: ____ ALTURA: ____ PESO: ____

NOME DO MÉDICO SOLICITANTE: _____

QUESTIONÁRIO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Esse questionário é obrigatório e deve ser preenchido por completo. São informações que auxiliarão a equipe médica na condução e análise de seu exame e de sua segurança. Tais informações permanecerão em sigilo médico.

SEGURANÇA

Você tem algum dos seguintes itens em seu corpo?

Marca-passo cardíaco ou fios de marca-passo
() SIM () NÃO

Clipes para aneurisma cerebral
() SIM () NÃO

Neuroestimuladores implantados na coluna espinhal
() SIM () NÃO

Implante coclear, cirurgia de ouvido
() SIM () NÃO

Dentaduras ou próteses removíveis
() SIM () NÃO

Implantes dentários ou magnéticos (prótese)
() SIM () NÃO

Tatuagem / maquiagem definitiva
() SIM () NÃO

Piercing, ponto de acunputura ou sutura metálica
() SIM () NÃO

Algum fragmento metálico (projétil/arma de fogo)
Qual? _____

Qualquer outro objeto ou artefato metálico
() SIM () NÃO

UTILIZAÇÃO DE CONTRASTE

Há quanto tempo esta em jejum?

História de alguma reação ao contraste da ressonância?

() SIM () NÃO

História de alguma outra alergia com necessidade de tratamento?

() SIM () NÃO ; Se SIM, Qual?

Tem asma? () SIM () NÃO

FUNÇÃO RENAL

Alguém já te disse que existe algum problema no funcionamento do seu rim?

() SIM () NÃO

Alguém já te disse que você tem proteína na urina?

() SIM () NÃO

Você tem pressão alta/toma remédio para pressão?

() SIM () NÃO

Você tem diabetes/toma remédio para diabetes?

() SIM () NÃO

Você já fez transplante renal ou retirou um dos rins?

() SIM () NÃO

Dosagem mais recente de creatinina sérica (no sangue)

() SIM () NÃO

Valor: _____

Data: _____

Caso haja a necessidades do contraste você permite sua utilização? () **SIM** () **NÃO**

Se for Mulher: Existe a possibilidade de estar grávida? () Sim () Não
Está amamentando? () Sim () Não
Utiliza anticoncepcional Oral ou DIU () Sim () Não
Número de gestações e abortos: _____
Data da última menstruação: _____ / _____ / _____

Se for Homem: Já realizou biópsia de próstata? () Sim () Não
Se sim, quando? _____
Valor de PSA: _____ Data: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO E RESPONSABILIDADE

Eu declaro que li e compreendi as informações sobre o exame de Ressonância Magnética. Estou ciente dos objetos, riscos e efeitos colaterais deste exame e do meio de contraste que será utilizado para a sua realização, bem como as orientações após a finalização do estudo.

Assinatura do paciente ou responsável : _____



FORÇA AÉREA BRASILEIRA
Asas que protegem o País