

Peso: _____ Kg Altura: _____

LEIA COM ATENÇÃO

→ Estas perguntas visam uma avaliação segura para realização do seu exame, responda as questões da forma mais verdadeira possível.

→ Caso haja dúvidas, elas poderão ser esclarecidas com o técnico ou médico radiologista na sala de exames.

1. Usa MARCAPASSO CARDÍACO?..... Não Sim
2. Já foi submetido a alguma cirurgia? Quais e há quanto tempo?..... Não Sim
.....
- Tem clipe de metal na cabeça ou em outro lugar do corpo? Onde?..... Não Sim
3. Tem alguma prótese ou outro tipo de metal dentro do corpo? Onde? Não Sim
4. Usa prótese metálica interna no ouvido ou aparelho de surdez?..... Não Sim
5. Já sofreu ferimento com estilhaço de metal ou arma de fogo? Onde?..... Não Sim
6. Possui algum cateter ou filtro vascular? Onde?..... Não Sim
7. Já teve obstrução arterial corrigida com cateterismo? Colocou STENT(mola) na artéria?... Não Sim
8. Você está utilizando placas, pontos, agulhas ou outro tipo de material de acupuntura?... Não Sim
9. Você usa desfibrilador cardíaco?..... Não Sim
10. Tem prótese mamária?..... Não Sim
11. Tem expansor mamário..... Não Sim
12. Tem fixação metálica ortopédica interna ou externa? Onde?..... Não Sim
13. Utiliza neuroestimuladores ou monitor de pressão intracraniana?..... Não Sim
14. Tem sutura metálica na pele ou usa piercing ou tem tatuagem?..... Não Sim
15. Já realizou endoscopia? Há quanto tempo? Foi colocado clipe ou grampo metálico?..... Não Sim
16. Tem insuficiência renal aguda ou crônica?..... Não Sim
Faz: Diálise Hemodiálise Diálise peritoneal
Qual a data do último procedimento? ___ / ___ / ____ Qual a data do próximo? ___ / ___ / ____
17. É diabético? Usa insulina?..... Não Sim
18. É asmático? Faz uso de bombinha?..... Não Sim
19. Já fez RM com contraste?..... Não Sim
20. Apresenta alguma alergia?..... Não Sim
21. Pode estar ou está gestante? Quantas semanas?..... Não Sim
22. Está amamentando?..... Não Sim

Assinatura do responsável: _____

Liberação Segurança: Técnico _____ Médico _____