

Questionário de segurança para ressonância magnética

Nome: _____ CPF: _____

Idade: _____ Peso: _____ Data do exame: _____

1	Já realizou exame de ressonância magnética?	SIM ()	NÃO ()
2	Teve algum problema durante o exame?	SIM ()	NÃO ()
	Qual?		
3	Já utilizou contraste em ressonância magnética ?	SIM ()	NÃO ()
4	Teve alguma reação ao contraste?	SIM ()	NÃO ()
5	É claustrofóbico?	SIM ()	NÃO ()
6	Possui alergia ao buscopan ou algum outro medicamento ?	SIM ()	NÃO ()
7	Possui insuficiência renal?	SIM ()	NÃO ()
8	Se sexo feminino, alguma possibilidade de gravidez?	SIM ()	NÃO ()
9	E hipertenso	SIM ()	NAO ()
10	É diabético	SIM ()	NÃO ()

Aviso importante:

Alguns implantes, dispositivos ou objetos podem ser potencialmente perigosos ou sofrer interferência do interferência do campo magnético.

NUNCA ENTRE na sala de exames se tiver alguma dúvida ou questões relacionadas a implantes , dispositivos eletrônicos ou outros objetos.

Por favor responda atentamente as questões abaixo:

11	SIM ()	NAO ()	Possui cliques de aneurisma?	Ano?:	_____
12	SIM ()	NÃO ()	Marcapasso ?		
13	SIM ()	NÃO ()	Possui implantes ou dispositivos eletrônicos?		
14	SIM ()	NÃO ()	Possui algum tipo de prótese?	Qual?	_____
15	SIM ()	NÃO ()	Possui catéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent?		
16	SIM ()	NÃO ()	Algum fragmento metálico ?		
17	SIM ()	NÃO ()	Possui tatuagem ?	Quanto tempo?:	_____
18	SIM ()	NÃO ()	Possui cânula de traqueostomia?		
19	SIM ()	NÃO ()	Já foi vítima de ferimento por arma de fogo?		
			Qual parte do corpo e quando?		
20	SIM ()	NÃO ()	Piercing, anéis, colares ou pulseiras ?		

Aviso importante:

Antes de entrar na sala de exames você deve remover moedas, grampos, presilhas, clips, celular, dentadura, chaves, óculos, relógio, cartão de banco, canetas ou qualquer outro objeto metálico

Durante o exame deverá utilizar protetores auriculares devido ao ruído intenso durante o exame.

Declaro estar ciente dos riscos envolvidos durante meu exame e também das implicações caso alguma falsa ou equivocada informação tenha sido prestada durante o preenchimento deste questionário.

Ciente: _____ Data: _____

Protocolo:

Lateralidade:

Motivo do exame:

Já fez alguma cirurgia?

Onde e quando?

No desenho abaixo indique ponto de dor ou cirurgia

