

Nome: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
 Tel. para contato: \_\_\_\_\_ Convênio: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Exame: \_\_\_\_\_

### ATENÇÃO - INSTRUÇÕES IMPORTANTES

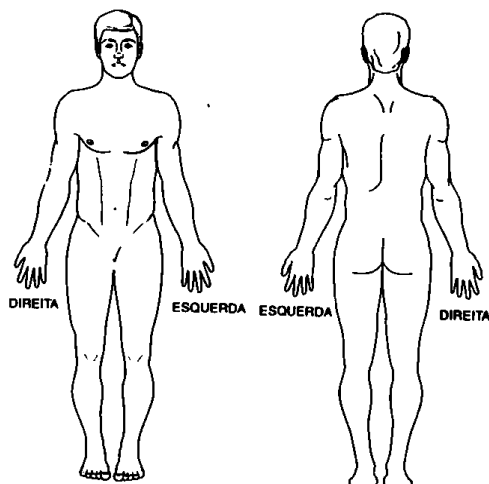
O objetivo deste questionário é identificar pacientes que correm algum risco durante o exame de ressonância magnética (RM). Devido ao campo magnético, certos implantes, dispositivos ou objetos podem ser perigosos para você e/ou interferir na qualidade das imagens de RM. Por isso, **todos** os indivíduos devem obrigatoriamente preencher este formulário antes do exame. Por favor, antes de entrar na sala de RM, remova todos os objetos metálicos, incluindo aparelhos auditivos, prótese dentária, chaves, beep, telefone celular, óculos, grampos de cabelo, jóias ou bijuterias, piercing, cliques metálicos, cartões de crédito, moedas, canetas, cortador de unha, ferramentas e vestimentas com prendedores de metal. Objetos metálicos soltos são proibidos na sala de exame. Caso tenha alguma pergunta a fazer, por favor comunique-se com a nossa equipe médica. **Copyright © www.imaginologia.com.br - Dr. Sandro Fenelon**

Queixa: \_\_\_\_\_  
 Duração: \_\_\_\_\_  
 Tratamento realizado: \_\_\_\_\_  
 Tem exames anteriores da região? \_\_\_\_\_  
 Quais? \_\_\_\_\_  
 O Sr.(a) já foi operado? \_\_\_\_\_  
 Qual região? \_\_\_\_\_  
 Qual o motivo? \_\_\_\_\_  
 Já fez radioterapia ou quimioterapia? \_\_\_\_\_  
 Fumante? \_\_\_\_\_ Quanto? \_\_\_\_\_  
 Já foi internado alguma vez? \_\_\_\_\_  
 Tem algum objeto metálico no corpo? \_\_\_\_\_  
 Tem algum comentário ou informação importante? \_\_\_\_\_

**Por favor, assinale na figura, onde sente dor, desconforto ou formigamento.**

FRENTE

COSTAS



### Observações do Setor de Ressonância Magnética

OPERADOR: \_\_\_\_\_

MÉDICO: \_\_\_\_\_

Contraste IV: SIM ( ) NÃO ( ) INJETORA: \_\_\_\_\_

Contraste Oral: SIM ( ) NÃO ( )

Anestesia: SIM ( ) NÃO ( )

Medicamentos utilizados: \_\_\_\_\_

Por favor, assinale se possui algum dos itens abaixo:

	SIM	NÃO
Clipe de aneurisma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasso cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desfibrilador-cardioversor implantado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implante eletrônico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implante metálico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Objeto/Fragmento metálico nos olhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuroestimulador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estimulador medular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fios e/ou eletrodos internos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aparelho auditivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implante coclear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bomba de insulina ou medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualquer tipo de prótese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prótese dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prótese ortopédica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stent ou filtro metálico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvula cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cateter (Swan-Ganz, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Placas ou parafusos metálicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clipe cirúrgico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tatuagens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piercing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas respiratórios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Movimentos involuntários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clautrofobia (medo de lugar fechado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirurgia cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está grávida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se você assinalou qualquer uma das opções acima, por favor explique: \_\_\_\_\_

Apresenta ou já apresentou alguma alergia: ( ) Não

( ) Sim Explique: \_\_\_\_\_

Atesto que as informações fornecidas são verdadeiras e autorizo a realização do exame,

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal