

QUESTIONÁRIO PARA REALIZAÇÃO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Nome legível _____ Idade _____ Peso _____

Por favor descreva os seus sintomas detalhadamente ou o motivo para a Ressonância Magnética: _____

Há quanto tempo você tem esses sintomas na área que está sendo examinada? (Por favor dê a data do trauma ou de quando os sintomas mais recentes apareceram) _____

Já realizou alguma cirurgia? Por favor faça uma lista de todas as cirurgias: _____

É portador de alguma das seguintes condições:

Marcapasso Cardíaco	() Sim () Não
Clips de Aneurisma	() Sim () Não
Stents, válvula cardíaca artificial	() Sim () Não
Membro artificial ou placa metálica	() Sim () Não
Trabalha com metal ou já teve algum metal removido dos olhos?	() Sim () Não
Algum implante médico ou aparato (Metálico ou outro)?	() Sim () Não
Algum tipo de adesivo transdérmico (Nitro/Nicotina, etc)?	() Sim () Não
Alguma vez já foi ferido por uma arma de fogo?	() Sim () Não
Em caso afirmativo, a bala foi removida?	() Sim () Não

Alguma história pessoal das seguintes condições:

Problemas Renais	() Sim () Não
Asma	() Sim () Não
Hipertensão	() Sim () Não
Anemia	() Sim () Não

Alguma história pessoal de câncer? () Sim () Não

Em caso afirmativo, qual tipo de câncer? _____

Os seus sintomas foram provocados por algum trauma? () Sim () Não

Em caso afirmativo, como ocorreu o trauma? _____

Está grávida ou amamentando? () Sim () Não

Está utilizando dispositivo intra-uterino (Para Contracepção)? () Sim () Não

Já fez alguma Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada ou Radiografia, na área de exame? () Sim () Não

Em caso afirmativo, qual exame e quando foi feito? _____

Já teve alguma reação ao Gadolínio (Contraste)? () Sim () Não () Nunca usou

Assinatura _____ Data _____