

NOME: \_\_\_\_\_

Tipo de Tomografia: \_\_\_\_\_

Prezado Paciente: É muito importante o preenchimento dos itens relacionados a seguir, pois o enquadramento em qualquer das situações poderá interferir no resultado do exame ou contra-indicar a sua realização. Por favor, seja sincero:

SIM	NÃO	NÃO SEI	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O senhor(a) tem algum tipo de alergia? Qual? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Já realizou exames contrastados (Tomografia, urografia, angiografia, ou algum outro)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teve alergia durante exames com contraste? Qual? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tem asma, bronquite, rinite ou alergia de pele? Qual? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tem alergia a algum medicamento (Penicilina, Sulfa, Iodo, Plasil ou algum outro)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tem alergia a algum alimento (Peixe, camarão, tomate, amendoim, iodo ou algum outro)? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	É diabético? Em caso positivo, quais medicamentos utiliza? _____

Se utiliza os seguintes medicamentos, deve suspendê-los por 48 horas (antes do exame) sob orientação de seu médico:

- Metformin
- Metformina
- Cloridrato de Metformina
- Glucophage
- Glucoformin
- Glifage
- Fortamet
- Riomet
- Alti-Metformin
- Apo-Metformin
- Gen-Metformin
- Glycon
- Novo-Metformin
- Nu-Metformin
- PMS-Metformin
- Rhoxal-metormin FC
- Rho-Metformin
- Dabex
- Dimefor

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quando foi a última refeição ou ingestão de líquidos? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	É cardíaco?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tem pressão alta?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Se mulher) Existe possibilidade de gravidez?

**LEMBRAMOS DA IMPORTÂNCIA DE TRAZER SEUS EXAMES ANTERIORES PARA PLANEJAMENTO E COMPARAÇÃO**

IP: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Os exames contrastados devem ser realizados em jejum. O tempo de jejum varia de acordo com o tipo de exame e é informado ao marcar o exame. Qualquer dúvida contate-nos previamente.

**Autorizo a transmissão do exame para avaliação especializada, por meio eletrônico, e fui informado do que consiste este método. De acordo com as informações que forneci, autorizo a injeção de contraste iodado.**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_ ASSINATURA DO PACIENTE: \_\_\_\_\_