



AVALIAÇÃO PARA EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: M F PESO: _____ Kg

EXAMES ANTERIORES: RX US CT RM OUTROS

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

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Marcapasso cardíaco (coração) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Válvula Cardíaca (prótese metálica) ou cirurgia cardíaca |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Neuroestimuladores ou implantes no cérebro ("Tens Unit") |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cirurgia craniana ou clips em vasos sanguíneos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Eletrodos (implante no cérebro) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fragmentos metálicos na cabeça, nos olhos ou na pele |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cirurgia nas vistas (implantes) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cirurgia no ouvido ou implantes no ouvido |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bomba de insulina (diabetes - implante para injetar insulina) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Já trabalhou ou trabalha com metal? (Fundição - metalúrgica) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Placas metálicas, pinos, parafusos, fios ou clips. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Deficiência física. Qual? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Claustrofobia ou síndrome do pânico |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificuldade para andar em elevadores? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gravidez ou possibilidade de estar grávida |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Insuficiência renal ou hepática |

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE PERTENCES

DECLARO que (ao realizar exames que necessitam troca de roupas) apresentei os seguintes pertences, retirando-os para a execução do procedimento e resgatando-os após o término deste.

SIM	NÃO	ACESSÓRIO	QUANTIDADE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relógio	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aliança / Anéis	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colar / corrente	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulseiras	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prótese dentária	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Óculos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brincos / Piercing	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bolsa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Carteira	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outros _____	<input type="checkbox"/>

ATENÇÃO: A duração do exame de Ressonância Magnética pode variar de 30 minutos a 1 hora (por segmento). Durante este período você irá permanecer deitado e imóvel. Se você considera que esta posição possa causar-lhe problemas, comunique ao profissional que estará lhe atendendo.

IP: _____

Autorizo a transmissão do exame para avaliação especializada, por meio eletrônico, e fui informado do que consiste este método.

DATA: ____/____/20____ ASSINATURA DO PACIENTE: _____