

## 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 ( )
3	Qual?		
4	Já utilizou contraste em ressonância magnética ?	SIM ( )	NÃO ( )
5	<b>Teve alguma reação ao contraste?</b>	SIM ( )	NÃO ( )
6	É claustrofóbico?	SIM ( )	NÃO ( )
7	<b>Possui alergia ao buscopan ou algum outro medicamento ?</b>	SIM ( )	NÃO ( )
8	Possui insuficiência renal?	SIM ( )	NÃO ( )
9	Se sexo feminino, alguma possibilidade de gravidez?	SIM ( )	NÃO ( )
10	Já foi vítima de ferimento de arma de fogo?	SIM ( )	NAO ( )
11	Qual parte do corpo e quando?		
12	É hipertenso	SIM ( )	NÃO ( )
13	É diabético	SIM ( )	NÃO ( )

### Aviso importante:

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

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

### Por favor responda atentamente as questões abaixo:

14	SIM ( )	NÃO ( )	Possui cliques de aneurisma?	Ano?:	
15	SIM ( )	NÃO ( )	Marcapasso ?		
16	SIM ( )	NÃO ( )	Possui implantes ou dispositivos eletrônicos?		
17	SIM ( )	NÃO ( )	Possui algum tipo de prótese?	Qual?	
18	SIM ( )	NÃO ( )	Possui catéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent?		
19	SIM ( )	NÃO ( )	Algum fragmento metálico ?		
20	SIM ( )	NÃO ( )	Possui tatuagem ?	Quanto tempo?:	
21	SIM ( )	NÃO ( )	É hipertenso?		
22	SIM ( )	NÃO ( )	É diabético?		
23	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

