

Ciente:

Prontuário:
-------------

## Questionário de segurança para ressonância magnética

2 Teve algum problema durante o exame? SIM ( ) NA Qual? 3 Já utilizou contraste em ressonância magnética ? SIM ( ) NA 4 Teve alguma reação ao contraste? SIM ( ) NA 5 É claustrofóbico? SIM ( ) NA 6 Possui alergia ao buscopan ou algum outro medicamento ? SIM ( ) NA 7 Possui insuficiência renal? SIM ( ) NA 8 Se sexo feminino, alguma possibilidade de gravidez? SIM ( ) NA 9 E hipertenso SIM ( ) NA	e:			ome:		
2 Teve algum problema durante o exame? SIM ( ) Ni Qual? 3 Já utilizou contraste em ressonância magnética ? SIM ( ) Ni 4 Teve alguma reação ao contraste? SIM ( ) Ni 5 É claustrofóbico? SIM ( ) Ni 6 Possui alergia ao buscopan ou algum outro medicamento ? SIM ( ) Ni 7 Possui insuficiência renal? SIM ( ) Ni 8 Se sexo feminino, alguma possibilidade de gravidez? SIM ( ) Ni 9 E hipertenso SIM ( ) Ni 10 É diabético SIM ( ) Ni 10 É diabético SIM ( ) Ni Nisco importante:  Alguns implantes, dispositivos ou objetos podem ser potencialmente perigosos ou sofrer interferencia do campo magnético.  NUNCA ENTRE na sala de exames se tiver alguma dúvida ou questões relacionadas a implantes dispositivos eletrônicos ou outros objetos.  Por favor responda atentamente as questões abaixo:  11 SIM ( ) NAO ( ) Possui clipes de aneurisma? Ano?:  12 SIM ( ) NÃO ( ) Possui implantes ou dispositivos eletrônicos?  14 SIM ( ) NÃO ( ) Possui algum tipo de prótese? Qual?  15 SIM ( ) NÃO ( ) Possui catéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent?  16 SIM ( ) NÃO ( ) Possui catéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent?  17 SIM ( ) NÃO ( ) Possui catéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent?  18 SIM ( ) NÃO ( ) Possui catéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent?  19 SIM ( ) NÃO ( ) Possui catéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent?  19 SIM ( ) NÃO ( ) Possui catéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent?  20 SIM ( ) NÃO ( ) Possui catéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent?  21 SIM ( ) NÃO ( ) Possui catéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent?  22 SIM ( ) NÃO ( ) Possui catéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent?  23 SIM ( ) NÃO ( ) Possui catéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent?  24 SIM ( ) NÃO ( ) Possui catéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent?  25 SIM ( ) NÃO ( ) Possui catéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent?  26 SIM ( ) NÃO ( ) Possui catéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent?  27 SIM ( ) NÃO ( ) Possui catéter, port a cath ou outr		Peso: Data do exame:				
Teve algum problema durante o exame?  Qual?  3  Já utilizou contraste em ressonância magnética ? SIM ( ) N/ 4  Teve alguma reação ao contraste? SIM ( ) N/ 5  É claustrofóbico? SIM ( ) N/ 6  Possui alergia ao buscopan ou algum outro medicamento ? SIM ( ) N/ 7  Possui insuficiência renal? SIM ( ) N/ 8  Se sexo feminino, alguma possibilidade de gravidez? SIM ( ) N/ 9  E hipertenso SIM ( ) N/ 10  É diabético SIM ( ) N/ wiso importante:  Alguns implantes, dispositivos ou objetos podem ser potencialmente perigosos ou sofrer interferencia do campo magnético.  NUNCA ENTRE na sala de exames se tiver alguma dúvida ou questões relacionadas a implantes dispositivos eletrônicos ou outros objetos.  Por favor responda atentamente as questões abaixo:  11  SIM ( ) NAO ( ) Possui clipes de aneurisma? Ano?: 12  SIM ( ) NÃO ( ) Possui implantes ou dispositivos eletrônicos? 14  SIM ( ) NÃO ( ) Possui implantes ou dispositivos eletrônicos? 14  SIM ( ) NÃO ( ) Possui algum tipo de prótese? Qual? 15  SIM ( ) NÃO ( ) Possui catéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent? 16  SIM ( ) NÃO ( ) Possui cateter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent? 17  SIM ( ) NÃO ( ) Possui cateter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent? 18  SIM ( ) NÃO ( ) Possui cateter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent? 19  SIM ( ) NÃO ( ) Possui cateter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent? 18  SIM ( ) NÃO ( ) Possui cateter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent? 19  SIM ( ) NÃO ( ) Possui cânula de traqueostomia? 19  SIM ( ) NÃO ( ) Possui cânula de traqueostomia? 20  SIM ( ) NÃO ( ) Piercing, anéis, colares ou pulseiras ?  viso importante:  Antes de entrar na sala de exames você deve remover moedas, grampos, presilias, clips, celular, dentadura, chaves, óculos, relógio, cartão de banco, canetas ou qualquer outro objeto metálico						
2 Teve algum problema durante o exame? SIM ( ) N/2 Qual? 3 Já utilizou contraste em ressonância magnética ? SIM ( ) N/2 4 Teve alguma reação ao contraste? SIM ( ) N/2 5 É claustrofóbico? SIM ( ) N/3 6 Possui alergia ao buscopan ou algum outro medicamento ? SIM ( ) N/3 7 Possui insuficiência renal? SIM ( ) N/3 8 Se sexo feminino, alguma possibilidade de gravidez? SIM ( ) N/3 9 E hipertenso SIM ( ) N/3 10 É diabético SIM ( ) N/3 10 É diabético SIM ( ) N/3 11 SIM ( ) N/3 12 SIM ( ) N/3 13 SIM ( ) N/4 14 SIM ( ) NAO ( ) Possui cipes de aneurisma? Ano?: 15 SIM ( ) NAO ( ) Possui cipes de aneurisma? Ano?: 16 SIM ( ) NÃO ( ) Possui implantes ou dispositivos eletrônicos? 17 SIM ( ) NÃO ( ) Possui algum tipo de prótese? Qual? 18 SIM ( ) NÃO ( ) Possui caéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent? 19 SIM ( ) NÃO ( ) Possui caéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent? 19 SIM ( ) NÃO ( ) Possui caéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent? 19 SIM ( ) NÃO ( ) Possui caéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent? 19 SIM ( ) NÃO ( ) Possui caínula de traqueostomia? 19 SIM ( ) NÃO ( ) Possui caínula de traqueostomia? 20 SIM ( ) NÃO ( ) Piercing, anéis, colares ou pulseiras ?  viso importante:  Antes de entrar na sala de exames você deve remover moedas, grampos, presilias, clips, celular, lentadura, chaves, óculos, relógio, cartão de banco, canetas ou qualquer outro objeto metálico						
Teve algum problema durante o exame?   SIM ( ) N/2	( ) NÃO ( )	SIM ( )	realizou exame de ressonância magnética?	1		
Já utilizou contraste em ressonância magnética ? SIM ( ) N/  4 Teve alguma reação ao contraste? SIM ( ) N/  5 É claustrofóbico? SIM ( ) N/  6 Possui alergia ao buscopan ou algum outro medicamento ? SIM ( ) N/  7 Possui insuficiência renal? SIM ( ) N/  8 Se sexo feminino, alguma possibilidade de gravidez? SIM ( ) N/  9 E hipertenso SIM ( ) N/  10 É diabético SIM ( ) N/  viso importante:  Alguns implantes, dispositivos ou objetos podem ser potencialmente perigosos ou sofrer interferenterferência do campo magnético.  NUNCA ENTRE na sala de exames se tiver alguma dúvida ou questões relacionadas a implantes dispositivos eletrônicos ou outros objetos.  Por favor responda atentamente as questões abaixo:  11 SIM ( ) NAO ( ) Possui clipes de aneurisma? Ano?:  12 SIM ( ) NÃO ( ) Marcapasso ?  13 SIM ( ) NÃO ( ) Possui implantes ou dispositivos eletrônicos?  14 SIM ( ) NÃO ( ) Possui algum tipo de prótese? Qual?  15 SIM ( ) NÃO ( ) Possui catéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent?  16 SIM ( ) NÃO ( ) Possui catéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent?  17 SIM ( ) NÃO ( ) Possui catéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent?  18 SIM ( ) NÃO ( ) Possui catento metálico ?  19 SIM ( ) NÃO ( ) Possui cânula de traqueostomia?  19 SIM ( ) NÃO ( ) Possui cânula de traqueostomia?  20 SIM ( ) NÃO ( ) Piercing, anéis, colares ou pulseiras ?  viso importante:  Antes de entrar na sala de exames você deve remover moedas, grampos, presilias, clips, celular, dentadura, chaves, óculos, relógio, cartão de banco, canetas ou qualquer outro objeto metálico	( ) NÃO ( )	SIM ( )	eve algum problema durante o exame?	2		
Já utilizou contraste em ressonância magnética ? SIM ( ) N/  4 Teve alguma reação ao contraste? SIM ( ) N/  5 É claustrofóbico? SIM ( ) N/  6 Possui alergia ao buscopan ou algum outro medicamento ? SIM ( ) N/  7 Possui insuficiência renal? SIM ( ) N/  8 Se sexo feminino, alguma possibilidade de gravidez? SIM ( ) N/  9 E hipertenso SIM ( ) N/  10 É diabético SIM ( ) N/  viso importante:  Alguns implantes, dispositivos ou objetos podem ser potencialmente perigosos ou sofrer interferenterferência do campo magnético.  NUNCA ENTRE na sala de exames se tiver alguma dúvida ou questões relacionadas a implantes dispositivos eletrônicos ou outros objetos.  Por favor responda atentamente as questões abaixo:  11 SIM ( ) NAO ( ) Possui clipes de aneurisma? Ano?:  12 SIM ( ) NÃO ( ) Marcapasso ?  13 SIM ( ) NÃO ( ) Possui implantes ou dispositivos eletrônicos?  14 SIM ( ) NÃO ( ) Possui algum tipo de prótese? Qual?  15 SIM ( ) NÃO ( ) Possui catéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent?  16 SIM ( ) NÃO ( ) Possui catéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent?  17 SIM ( ) NÃO ( ) Possui catéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent?  18 SIM ( ) NÃO ( ) Possui catento metálico ?  19 SIM ( ) NÃO ( ) Possui cânula de traqueostomia?  19 SIM ( ) NÃO ( ) Possui cânula de traqueostomia?  20 SIM ( ) NÃO ( ) Piercing, anéis, colares ou pulseiras ?  viso importante:  Antes de entrar na sala de exames você deve remover moedas, grampos, presilias, clips, celular, dentadura, chaves, óculos, relógio, cartão de banco, canetas ou qualquer outro objeto metálico			ual?			
4 Teve alguma reação ao contraste?  5 É claustrofóbico?  5 M ( ) N/  6 Possui alergia ao buscopan ou algum outro medicamento?  7 Possui insuficiência renal?  8 Se sexo feminino, alguma possibilidade de gravidez?  8 ISM ( ) N/  9 E hipertenso  5 IM ( ) N/  10 É diabético  5 IM ( ) N/   viso importante:  Alguns implantes, dispositivos ou objetos podem ser potencialmente perigosos ou sofrer interferenterferência do campo magnético.  NUNCA ENTRE na sala de exames se tiver alguma dúvida ou questões relacionadas a implantes dispositivos eletrônicos ou outros objetos.  Por favor responda atentamente as questões abaixo:  11 SIM ( ) NÃO ( ) Possui clipes de aneurisma?  12 SIM ( ) NÃO ( ) Possui implantes ou dispositivos eletrônicos?  13 SIM ( ) NÃO ( ) Possui implantes ou dispositivos eletrônicos?  14 SIM ( ) NÃO ( ) Possui algum tipo de prótese?  Qual?  15 SIM ( ) NÃO ( ) Possui algum tipo de prótese?  Qual?  16 SIM ( ) NÃO ( ) Possui atéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent?  17 SIM ( ) NÃO ( ) Possui tatuagem?  Quanto tempo?:  18 SIM ( ) NÃO ( ) Possui cânula de traqueostomia?  19 SIM ( ) NÃO ( ) Possui cânula de traqueostomia?  Qual parte do corpo e quando?  Qual parte do corpo e quando?  Qual parte do corpo e quando?  20 SIM ( ) NÃO ( ) Piercing, anéis, colares ou pulseiras ?  Viso importante:  Antes de entrar na sala de exames você deve remover moedas, grampos, presilias, clips, celular, dentadura, chaves, óculos, relógio, cartão de banco, canetas ou qualquer outro objeto metálico	( ) NÃO ( )	SIM ( )		3		
5 É claustrofóbico? SIM ( ) N/ 6 Possui alergia ao buscopan ou algum outro medicamento ? SIM ( ) N/ 7 Possui insuficiência renal? SIM ( ) N/ 8 Se sexo feminino, alguma possibilidade de gravidez? SIM ( ) N/ 9 E hipertenso SIM ( ) N/ 10 É diabético SIM ( ) N/  viso importante:  Alguns implantes, dispositivos ou objetos podem ser potencialmente perigosos ou sofrer interferenterferencia do campo magnético.  NUNCA ENTRE na sala de exames se tiver alguma dúvida ou questões relacionadas a implantes dispositivos eletrônicos ou outros objetos.  Por favor responda atentamente as questões abaixo:  11 SIM ( ) NAO ( ) Possui clipes de aneurisma? Ano?: 12 SIM ( ) NÃO ( ) Possui implantes ou dispositivos eletrônicos? 13 SIM ( ) NÃO ( ) Possui implantes ou dispositivos eletrônicos? 14 SIM ( ) NÃO ( ) Possui algum tipo de prótese? Qual? 15 SIM ( ) NÃO ( ) Possui algum tipo de prótese? Qual? 16 SIM ( ) NÃO ( ) Possui catéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent? 16 SIM ( ) NÃO ( ) Possui tatuagem ? Quanto tempo?: 17 SIM ( ) NÃO ( ) Possui cânula de traqueostomia? 19 SIM ( ) NÃO ( ) Possui cânula de traqueostomia? 19 SIM ( ) NÃO ( ) Possui cânula de ferimento por arma de fogo? Qual parte do corpo e quando? 20 SIM ( ) NÃO ( ) Piercing, anéis, colares ou pulseiras ?  viso importante:  Antes de entrar na sala de exames você deve remover moedas, grampos, presilias, clips, celular, lentadura, chaves, óculos, relógio, cartão de banco, canetas ou qualquer outro objeto metálico	( ) NÃO ( )	<u> </u>	<del>-</del> <del>-</del>			
7 Possui insuficiência renal? SIM ( ) N/ 8 Se sexo feminino, alguma possibilidade de gravidez? SIM ( ) N/ 9 E hipertenso SIM ( ) N/ 10 É diabético SIM ( ) N/  viso importante:  Alguns implantes, dispositivos ou objetos podem ser potencialmente perigosos ou sofrer interferenterferência do campo magnético.  NUNCA ENTRE na sala de exames se tiver alguma dúvida ou questões relacionadas a implantes dispositivos eletrônicos ou outros objetos.  Por favor responda atentamente as questões abaixo:  11 SIM ( ) NAO ( ) Possui clipes de aneurisma? Ano?:  12 SIM ( ) NÃO ( ) Marcapasso ?  13 SIM ( ) NÃO ( ) Possui implantes ou dispositivos eletrônicos?  14 SIM ( ) NÃO ( ) Possui algum tipo de prótese? Qual?  15 SIM ( ) NÃO ( ) Possui catéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent?  16 SIM ( ) NÃO ( ) Possui tatuagem ? Quanto tempo?:  17 SIM ( ) NÃO ( ) Possui tatuagem? Quanto tempo?:  18 SIM ( ) NÃO ( ) Possui cânula de traqueostomia?  19 SIM ( ) NÃO ( ) Dossui cânula de traqueostomia?  20 SIM ( ) NÃO ( ) Piercing, anéis, colares ou pulseiras ?  viso importante:  Antes de entrar na sala de exames você deve remover moedas, grampos, presilias, clips, celular, dentadura, chaves, óculos, relógio, cartão de banco, canetas ou qualquer outro objeto metálico	( ) NÃO ( )	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	•	5		
8 Se sexo feminino, alguma possibilidade de gravidez? SIM ( ) N/9 E hipertenso SIM ( ) N/10 É diabético SIM ( ) N/10 É diabético SIM ( ) N/10 Viso importante:  Alguns implantes, dispositivos ou objetos podem ser potencialmente perigosos ou sofrer interferenterferência do campo magnético.  NUNCA ENTRE na sala de exames se tiver alguma dúvida ou questões relacionadas a implantes dispositivos eletrônicos ou outros objetos.  Por favor responda atentamente as questões abaixo:  11 SIM ( ) NAO ( ) Possui clipes de aneurisma? Ano?:  12 SIM ( ) NÃO ( ) Marcapasso ?  13 SIM ( ) NÃO ( ) Possui implantes ou dispositivos eletrônicos?  14 SIM ( ) NÃO ( ) Possui algum tipo de prótese? Qual?  15 SIM ( ) NÃO ( ) Possui catéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent?  16 SIM ( ) NÃO ( ) Possui tatuagem ? Quanto tempo?:  17 SIM ( ) NÃO ( ) Possui tatuagem ? Quanto tempo?:  18 SIM ( ) NÃO ( ) Possui cânula de traqueostomia?  19 SIM ( ) NÃO ( ) Possui cânula de traqueostomia?  20 SIM ( ) NÃO ( ) Piercing, anéis, colares ou pulseiras ?  Viso importante:  Antes de entrar na sala de exames você deve remover moedas, grampos, presilias, clips, celular, dentadura, chaves, óculos, relógio, cartão de banco, canetas ou qualquer outro objeto metálico	( ) NÃO ( )	SIM ( )	ossui alergia ao buscopan ou algum outro medicamento	6		
9 E hipertenso SIM ( ) N/ 10 É diabético SIM ( ) N/  Niso importante:  Alguns implantes, dispositivos ou objetos podem ser potencialmente perigosos ou sofrer interferente de campo magnético.  NUNCA ENTRE na sala de exames se tiver alguma dúvida ou questões relacionadas a implantes dispositivos eletrônicos ou outros objetos.  Por favor responda atentamente as questões abaixo:  11 SIM ( ) NÃO ( ) Possui clipes de aneurisma? Ano?:  12 SIM ( ) NÃO ( ) Marcapasso?  13 SIM ( ) NÃO ( ) Possui implantes ou dispositivos eletrônicos?  14 SIM ( ) NÃO ( ) Possui implantes ou dispositivos eletrônicos?  15 SIM ( ) NÃO ( ) Possui algum tipo de prótese? Qual?  15 SIM ( ) NÃO ( ) Possui catéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent?  16 SIM ( ) NÃO ( ) Possui tatuagem? Quanto tempo?:  17 SIM ( ) NÃO ( ) Possui tatuagem? Quanto tempo?:  18 SIM ( ) NÃO ( ) Possui cânula de traqueostomia?  19 SIM ( ) NÃO ( ) Possui cânula de ferimento por arma de fogo?  Qual parte do corpo e quando?  20 SIM ( ) NÃO ( ) Piercing, anéis, colares ou pulseiras?  viso importante:  Antes de entrar na sala de exames você deve remover moedas, grampos, presilias, clips, celular, dentadura, chaves, óculos, relógio, cartão de banco, canetas ou qualquer outro objeto metálico	( ) NÃO ( )	SIM ( )	ossui insuficiência renal?	7		
viso importante:  Alguns implantes, dispositivos ou objetos podem ser potencialmente perigosos ou sofrer interferenterferência do campo magnético.  NUNCA ENTRE na sala de exames se tiver alguma dúvida ou questões relacionadas a implantes dispositivos eletrônicos ou outros objetos.  Por favor responda atentamente as questões abaixo:  11 SIM ( ) NÃO ( ) Possui clipes de aneurisma? Ano?:  12 SIM ( ) NÃO ( ) Marcapasso ?  13 SIM ( ) NÃO ( ) Possui implantes ou dispositivos eletrônicos?  14 SIM ( ) NÃO ( ) Possui algum tipo de prótese? Qual?  15 SIM ( ) NÃO ( ) Possui atéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent?  16 SIM ( ) NÃO ( ) Possui tatuagem ? Quanto tempo?:  17 SIM ( ) NÃO ( ) Possui cânula de traqueostomia?  19 SIM ( ) NÃO ( ) Possui cânula de traqueostomia?  19 SIM ( ) NÃO ( ) Piercing, anéis, colares ou pulseiras ?  viso importante:  Antes de entrar na sala de exames você deve remover moedas, grampos, presilias, clips, celular, dentadura, chaves, óculos, relógio, cartão de banco, canetas ou qualquer outro objeto metálico	( ) NÃO ( )	. ,				
Alguns implantes, dispositivos ou objetos podem ser potencialmente perigosos ou sofrer interferenterferência do campo magnético.  NUNCA ENTRE na sala de exames se tiver alguma dúvida ou questões relacionadas a implantes dispositivos eletrônicos ou outros objetos.  Por favor responda atentamente as questões abaixo:  11 SIM (	( ) NÃO ( )	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	•			
Alguns implantes, dispositivos ou objetos podem ser potencialmente perigosos ou sofrer interferenterferência do campo magnético.  NUNCA ENTRE na sala de exames se tiver alguma dúvida ou questões relacionadas a implantes dispositivos eletrônicos ou outros objetos.  Por favor responda atentamente as questões abaixo:  11	( ) NÃO ( )	SIM ( )	diabético	10		
12 SIM ( ) NÃO ( ) Marcapasso ?  13 SIM ( ) NÃO ( ) Possui implantes ou dispositivos eletrônicos?  14 SIM ( ) NÃO ( ) Possui algum tipo de prótese? Qual?  15 SIM ( ) NÃO ( ) Possui catéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent?  16 SIM ( ) NÃO ( ) Algum fragmento metálico ?  17 SIM ( ) NÃO ( ) Possui tatuagem ? Quanto tempo?:  18 SIM ( ) NÃO ( ) Possui cânula de traqueostomia?  19 SIM ( ) NÃO ( ) Já foi vítima de ferimento por arma de fogo?  Qual parte do corpo e quando?  Qual parte do corpo e quando?  20 SIM ( ) NÃO ( ) Piercing, anéis, colares ou pulseiras ?  Antes de entrar na sala de exames você deve remover moedas, grampos, presilias, clips, celular, dentadura, chaves, óculos, relógio, cartão de banco, canetas ou qualquer outro objeto metálico		stões abaixo:	·	Jispositi		
13 SIM ( ) NÃO ( ) Possui implantes ou dispositivos eletrônicos?  14 SIM ( ) NÃO ( ) Possui algum tipo de prótese? Qual?  15 SIM ( ) NÃO ( ) Possui catéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent?  16 SIM ( ) NÃO ( ) Algum fragmento metálico?  17 SIM ( ) NÃO ( ) Possui tatuagem? Quanto tempo?:  18 SIM ( ) NÃO ( ) Possui cânula de traqueostomia?  19 SIM ( ) NÃO ( ) Já foi vítima de ferimento por arma de fogo?  Qual parte do corpo e quando?  Qual parte do corpo e quando?  20 SIM ( ) NÃO ( ) Piercing, anéis, colares ou pulseiras?  Antes de entrar na sala de exames você deve remover moedas, grampos, presilias, clips, celular, dentadura, chaves, óculos, relógio, cartão de banco, canetas ou qualquer outro objeto metálico		Ano?:		11		
14 SIM ( ) NÃO ( ) Possui algum tipo de prótese? Qual?  15 SIM ( ) NÃO ( ) Possui catéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent?  16 SIM ( ) NÃO ( ) Algum fragmento metálico?  17 SIM ( ) NÃO ( ) Possui tatuagem ? Quanto tempo?:  18 SIM ( ) NÃO ( ) Possui cânula de traqueostomia?  19 SIM ( ) NÃO ( ) Já foi vítima de ferimento por arma de fogo?  Qual parte do corpo e quando?  20 SIM ( ) NÃO ( ) Piercing, anéis, colares ou pulseiras ?  Antes de entrar na sala de exames você deve remover moedas, grampos, presilias, clips, celular, dentadura, chaves, óculos, relógio, cartão de banco, canetas ou qualquer outro objeto metálico			( ) ( )			
15 SIM ( ) NÃO ( ) Possui catéter, port a cath ou outro tipo catéter ou Stent?  16 SIM ( ) NÃO ( ) Algum fragmento metálico ?  17 SIM ( ) NÃO ( ) Possui tatuagem ? Quanto tempo?:  18 SIM ( ) NÃO ( ) Possui cânula de traqueostomia?  19 SIM ( ) NÃO ( ) Já foi vítima de ferimento por arma de fogo?  Qual parte do corpo e quando?  20 SIM ( ) NÃO ( ) Piercing, anéis, colares ou pulseiras ?  Eviso importante:  Antes de entrar na sala de exames você deve remover moedas, grampos, presilias, clips, celular, dentadura, chaves, óculos, relógio, cartão de banco, canetas ou qualquer outro objeto metálico			, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,			
16 SIM ( ) NÃO ( ) Algum fragmento metálico ?  17 SIM ( ) NÃO ( ) Possui tatuagem ? Quanto tempo?:  18 SIM ( ) NÃO ( ) Possui cânula de traqueostomia?  19 SIM ( ) NÃO ( ) Já foi vítima de ferimento por arma de fogo?  Qual parte do corpo e quando?  20 SIM ( ) NÃO ( ) Piercing, anéis, colares ou pulseiras ?  Aviso importante:  Antes de entrar na sala de exames você deve remover moedas, grampos, presilias, clips, celular, dentadura, chaves, óculos, relógio, cartão de banco, canetas ou qualquer outro objeto metálico						
17 SIM ( ) NÃO ( ) Possui tatuagem ? Quanto tempo?:  18 SIM ( ) NÃO ( ) Possui cânula de traqueostomia?  19 SIM ( ) NÃO ( ) Já foi vítima de ferimento por arma de fogo?  Qual parte do corpo e quando?  20 SIM ( ) NÃO ( ) Piercing, anéis, colares ou pulseiras ?  viso importante:  Antes de entrar na sala de exames você deve remover moedas, grampos, presilias, clips, celular, dentadura, chaves, óculos, relógio, cartão de banco, canetas ou qualquer outro objeto metálico		tipo cateter ou Stent?	, ,			
18 SIM ( ) NÃO ( ) Possui cânula de traqueostomia?  19 SIM ( ) NÃO ( ) Já foi vítima de ferimento por arma de fogo?  Qual parte do corpo e quando?  20 SIM ( ) NÃO ( ) Piercing, anéis, colares ou pulseiras ?  viso importante:  Antes de entrar na sala de exames você deve remover moedas, grampos, presilias, clips, celular, dentadura, chaves, óculos, relógio, cartão de banco, canetas ou qualquer outro objeto metálico		Quanto tempo?				
19 SIM ( ) NÃO ( ) Já foi vítima de ferimento por arma de fogo?  Qual parte do corpo e quando?  20 SIM ( ) NÃO ( ) Piercing, anéis, colares ou pulseiras ?  viso importante:  Antes de entrar na sala de exames você deve remover moedas, grampos, presilias, clips, celular, dentadura, chaves, óculos, relógio, cartão de banco, canetas ou qualquer outro objeto metálico		Quanto tempori				
Qual parte do corpo e quando?  20 SIM ( ) NÃO ( ) Piercing, anéis, colares ou pulseiras ?  viso importante:  Antes de entrar na sala de exames você deve remover moedas, grampos, presilias, clips, celular, dentadura, chaves, óculos, relógio, cartão de banco, canetas ou qualquer outro objeto metálico		de fogo?				
20 SIM ( ) NÃO ( ) Piercing, anéis, colares ou pulseiras ?  viso importante:  Antes de entrar na sala de exames você deve remover moedas, grampos, presilias, clips, celular, dentadura, chaves, óculos, relógio, cartão de banco, canetas ou qualquer outro objeto metálico		-				
Antes de entrar na sala de exames você deve remover moedas, grampos, presilias, clips, celular, dentadura, chaves, óculos, relógio, cartão de banco, canetas ou qualquer outro objeto metálico			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	20		
Antes de entrar na sala de exames você deve remover moedas, grampos, presilias, clips, celular, dentadura, chaves, óculos, relógio, cartão de banco, canetas ou qualquer outro objeto metálico			ante:	viso im		
dentadura, chaves, óculos, relógio, cartão de banco, canetas ou qualquer outro objeto metálico	, celular,	grampos, presilias, clips, celu		•		
·		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	•			
	te o exame.		·			

Data:



Protocolo:	
Lateralidade	

Motivo do exame:	
Já fez alguma cirurgia?	
Onde e quando?	

## No desenho abaixo indique ponto de dor ou cirurgia

