



# Centro de diagnóstico por imagem Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho

Utilidade Pública Federal Lei 1.146 de 13/10/36 de Decreto municipal 7.995 de 25/02/69

## Questionário de avaliação de risco para utilização de contraste iodado

### Informações gerais sobre o contraste:

- A injeção endovenosa do contraste iodado permite melhor visualização dos órgãos internos e caracterização de suas eventuais patologias, auxiliando no diagnóstico.
- Ocasionalmente o paciente poderá apresentar leve reação ao contraste como sensação de calor, rubor na pele, náuseas e vômitos.
- Reações adversas agudas podem ocorrer em 0,7 à 3% quando empregado o Contraste Iodado e 0,7 à 3%. Reações graves podem ocorrer 0,04 à 0,004% para os contrastes Iodados.
- Utilizamos contraste de baixa osmolaridade e do tipo não Iônicos, que são mais seguros.

### QUESTIONÁRIO:

Peso: _____	Idade: _____
-------------	--------------

- 1) Possui algum tipo de alergia? ..... Sim ( ) Não ( )  
Qual? \_\_\_\_\_
- 2) Já utilizou contraste iodado durante uma tomografia, urografia excretora, cateterismo ou angiografia? ..... Sim ( ) Não ( )
- 3) Apresentou alguma reação? ..... Sim ( ) Não ( )
- 4) Tem alergia de pele ( urticária, dermatite de contato)? ..... Sim ( ) Não ( )
- 5) Tem alergia à frutos do mar ( peixe, camarão, lagosta)? ..... Sim ( ) Não ( )
- 6) Tem asma ? ..... Sim ( ) Não ( )
- 7) É diabético? ..... Sim ( ) Não ( )
- 8) Está utilizando Glicofage ou glucoformin? ..... Sim ( ) Não ( )
- 9) Tem insuficiência cardíaca? ..... Sim ( ) Não ( )
- 10) Tem história de insuficiência renal ..... Sim ( ) Não ( )
- 11) Tem pressão alta? ..... Sim ( ) Não ( )
- 12) Está utilizando medicação /Betabloqueador ..... Sim ( ) Não ( )
- 13) Pode estar Gravida? ..... Sim ( ) Não ( )
- 14) Tem doença na tireóide ( Hipertireoidismo) ..... Sim ( ) Não ( )

**Autorização:** Li e/ ou compreendi as informações acima a mim fornecidas.

Declaro estar ciente das possíveis complicações inerentes a utilização do contraste iodado e portanto autorizo a sua utilização para a realização do exame de tomografia computadorizada.

Nome: ..... R.G.: .....

Assinatura: ..... Data: .....



# Centro de diagnóstico por imagem Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho

Utilidade Pública Federal Lei 1.146 de 13/10/36 de Decreto municipal 7.995 de 25/02/69

## Formulário de história clínica para exame de tomografia

Nome: \_\_\_\_\_

Favor responder o questionário abaixo da forma mais clara e completa possível, isso ajudará ao médico radiologista a interpretar seu exame.

• Qual é a sua doença? \_\_\_\_\_

• Já fez alguma cirurgia?  Sim  Não

Quando? \_\_\_\_\_ Qual parte do corpo? \_\_\_\_\_

• Já fez radioterapia?  Sim  Não

Quando? \_\_\_\_\_ Qual parte do corpo? \_\_\_\_\_

No desenho abaixo aponte o local da cirurgia ou radioterapia:

Direito

Esquerdo



Cabeça	Crânio Face Mandíbula
Pescoço	
Torax	
Abdome	
Pelve	
Coluna	Cervical Dorsal Lombar
Braços	
Pernas	

Se achar necessário use o espaço abaixo para fazer algum comentário sobre os sintomas:

---

---

---

---

---

Hospital: Rua Dr. Cesário Motta Júnior, 112 - Vila Buarque - São Paulo, SP - CEP: 01221-020 - Tel.: (11) 3350-7088  
Administração/Ambulatório: Largo do Arouche, 65 - República - São Paulo, SP - CEP: 01219-010 - Tel.: (11) 33673844  
Site: www.doutorarnaldo.org E-mail: doutorarnaldo@doutorarnaldo.org