QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA UTILIZAÇÃO DE CONTRASTE IODADO

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome completo:			
Prontuário:		**Nascimento / idade:**	____/____/_____ (_____ anos)
Peso / altura:	_____ kg _____ m	**Sexo:**	☐ Feminino ☐ Masculino
Exame solicitado:		**Data do exame:**	____/____/_____
Atendimento:	☐ Externo ☐ Ambulatorial ☐ Pronto atendimento ☐ UTI ☐ Internado Leito: _____		
Acompanhante / responsável:			

2. INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O CONTRASTE

- A injeção endovenosa de um contraste iodado permite melhor visualização dos órgãos internos e patologias.
- Ocasionalmente o paciente poderá apresentar leve reação ao contraste como sensação de calor, rubor na pele, náuseas e vômitos.
- Em alguns pacientes (1 caso em 1.000) pode ocorrer uma reação séria ao contraste. Os médicos e o pessoal técnico estão preparados para intervir nessas situações. Excepcionalmente (1 caso em 400.000), podem ocorrer reações graves, com risco de morte (o risco é semelhante ao de uma injeção de penicilina).

3. QUESTIONÁRIO

Nº	Pergunta	Sim	Não	Qual?
1	Quando foi sua última refeição? _____ h _____ em ____/____/_____			
2	Possui algum tipo de alergia?	☐	☐	*Qual?*
3	Já utilizou contraste iodado durante uma tomografia, urografia excretora, cateterismo ou angiografia?	☐	☐	
4	Apresentou alguma reação?	☐	☐	*Qual?*
5	Já apresentou alergia a medicamentos com iodo em sua composição (ex.: xaropes para tosse, iodo, iodeto de potássio)?	☐	☐	
6	Tem alergia a frutos do mar, peixes de água salgada, camarão, alimentos em conserva?	☐	☐	
7	Tem alergia de pele (urticária, dermatite de contato)?	☐	☐	
8	É alérgico(a) a Sulfa ou Plasil?	☐	☐	
9	Tem asma ou bronquite?	☐	☐	
10	É diabético(a)?	☐	☐	
11	Está utilizando Glifage® ou Glucoformin® (metformina)?	☐	☐	
12	É cardíaco(a)?	☐	☐	
13	Tem pressão alta?	☐	☐	
14	Está grávida?	☐	☐	
15	Tem doença na tireoide (hipertireoidismo)?	☐	☐	

4. EXAME DE FUNÇÃO RENAL (exame com contraste)		
Ureia: _____ mg/dL	**Creatinina:** _____ mg/dL	**Data do exame:** ____/____/_____

5. AUTORIZAÇÃO	
Li e/ou compreendi as informações acima a mim fornecidas. Declaro estar ciente das possíveis complicações inerentes à utilização do contraste iodado e, portanto, autorizo a sua utilização para realização do exame de tomografia computadorizada.	
Nome:	**RG:**
Assinatura:	**Data:** ____/____/_____

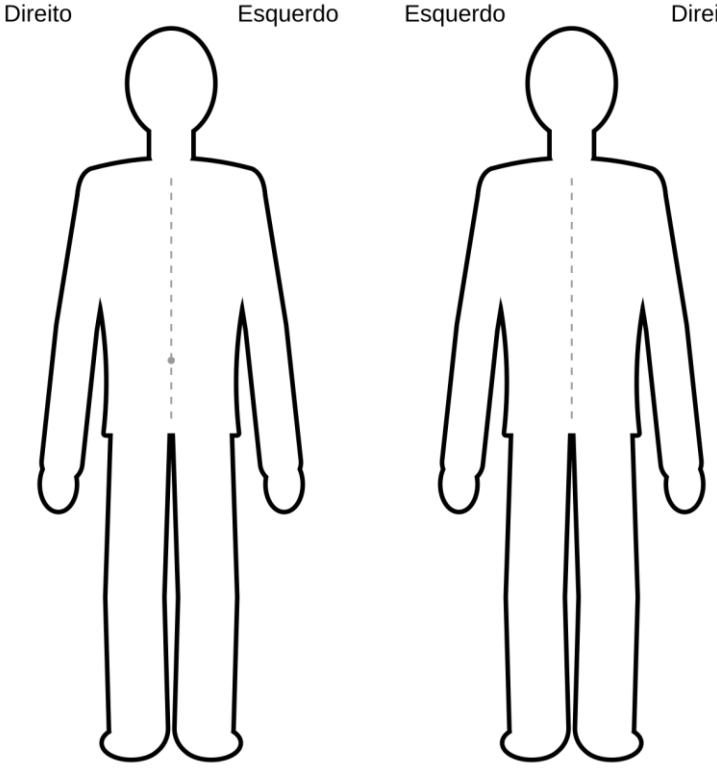
Centro Ambulatorial e Administrativo: Largo do Arouche, 66 - República - São Paulo - SP - CEP: 01219-010 Tel.: (11) 3367-3844
Centro Hospitalar - Rua Dr. Cesário Motta Jr., 112 - Vila Buarque - São Paulo - SP - CEP: 01221-020 Tel.: (11) 3350-7088

FORMULÁRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA PARA EXAME DE TOMOGRAFIA

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome completo:	
Favor responder ao questionário abaixo da forma mais clara e completa possível. Isso ajudará o médico radiologista a interpretar o seu exame.	

2. HISTÓRIA CLÍNICA			
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?**

3. NO DESENHO ABAIXO, APONTE O LOCAL DA CIRURGIA OU DA RADIOTERAPIA



Marque a região:

- ☐ Cabeça
  - ☐ Crânio
  - ☐ Face
  - ☐ Mandíbula
- ☐ Pescoço
- ☐ Tórax
- ☐ Abdome
- ☐ Pelve
- ☐ Coluna
  - ☐ Cervical
  - ☐ Dorsal
  - ☐ Lombar
- ☐ Braços
- ☐ Pernas
- ☐ Outra: _____

4. COMENTÁRIOS

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

Centro Ambulatorial e Administrativo: Largo do Arouche, 66 - República - São Paulo - SP - CEP: 01219-010 Tel.: (11) 3367-3844
Centro Hospitalar - Rua Dr. Cesário Motta Jr., 112 - Vila Buarque - São Paulo - SP - CEP: 01221-020 Tel.: (11) 3350-7088