

Ressonância Magnética

Questionário e Consentimento Informado

COLAR ETIQUETA DE UTENTE

IMPORTANTE: A RM usa campos magnéticos fortes. É muito importante que não entre na sala de RM com nenhum tipo de metal, quer no corpo quer na roupa. O uso de PACEMAKER é contra-indicado para a realização deste exame. Por favor retire todos os objectos de que for portador antes de efectuar o exame (anéis, brincos, ganchos, relógio, prótese dentária, etc.)

O preenchimento correcto dos itens abaixo mencionados é de extrema importância para garantirmos a sua segurança e qualidade do seu exame. Se tiver alguma dúvida, não hesite em consultar o Técnico de Radiologia ou o Médico que vão orientar a sua realização. Toda a informação recolhida é confidencial.

- Idade: _____ Peso: _____ kg
- Já fez algum exame de RM? Sim Não A quê _____ Data do último: _____
- ENTREGOU EXAMES ANTERIORES? Sim Não
- Já alguma vez foi operado? Sim Não Data: ____/____/____ A quê _____

• Tem PACEMAKER ou alguma válvula cardíaca?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
• Tem claustrofobia?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
• Tem algum IMPLANTE METÁLICO, p.ex. próteses, placas?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
• Tem clips de aneurismas cerebrais, aórticos ou outros	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
• Tem stents coronários?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
• Tem algum tipo de partículas de metal nos olhos? (chumbo de caça, limalhas, estilhaços, outros...)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
• Tem aparelho auditivo ou implantes cocleares?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
• Tem algum tipo de próteses ou aparelho dentário?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
• Sofre de desmaios ou de epilepsia?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
• Usa algum tipo de emplastro com medicação?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
• Tem tatuagens permanentes ou piercings?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
• É asmático?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
• Tem insuficiência renal?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se sim, faz hemodiálise	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
• Tem alergias? (a medicamentos, alimentos, poeiras ou outros...) Quais? _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
• Se é do sexo feminino, está ou poderá ESTAR GRÁVIDA ?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
• Se é do sexo feminino, tem dispositivo intra-uterino (DIU)?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

O exame que vai fazer poderá requerer a administração endovenosa de contraste (gadolinio), com o intuito de estudar adequadamente um órgão, vaso, massa ou outra estrutura do seu organismo. A indicação para a administração deste produto é decidida pelo Médico Radiologista presente, sendo considerada importante para o esclarecimento adequado da sua situação clínica. As reacções adversas nomeadamente as alérgicas, podem ocorrer de maneira variável, sendo por isso muito importante o preenchimento correcto deste questionário.

Caso necessário, autoriza a injeção de produto de contraste?

Sim Não

A ADMINISTRAÇÃO DO PRODUTO DE CONTRASTE ACRESCE UM VALOR AO PREÇO DO EXAME.
PARA QUALQUER ESCLARECIMENTO CONTACTE A RECEPÇÃO.

Contraste Injectado

Lote: _____

Validade: _____

Declaro que li o questionário e compreendi todas as questões colocadas

Data: _____

Utente

Técnico / Médico