

Questionário para o doente

Ressonância magnética (RM)



MEDIZINISCH
RADIOLOGISCHES
INSTITUT

Caro doente,

Uma vez que a ressonância magnética é efetuada num campo magnético forte, não deve ter ou usar no corpo determinados metais. Os aparelhos de controle eletrónico ou cartões de chip podem funcionar mal ou ser danificados pelo campo magnético. Por conseguinte, temos de lhe colocar as questões que se seguem, cuja compreensão e resposta nos deve ser confirmada por escrito.

Atenção!

Antes de entrar na sala de exame, deve tirar os seguintes objetos: relógio, bijuteria, carteira, porta-moedas, moedas, óculos, prótese dentária, aparelho auditivo, molas ou ganchos de cabelo e postigos. A informação dos cartões de crédito e de todos os cartões com banda magnética seria apagada ao entrar na sala de exame devido ao forte campo magnético. Pode deixar estes objetos num cofre instalado no guarda-roupa. Para o exame, é importante que

dispa tudo até à roupa interior, pois muitos tecidos podem conter também metais. Se se fizer acompanhar por alguém na sala de exame, esta pessoa deve também cumprir as regras atrás indicadas!

Dependendo da sua situação, poderá ser necessária a administração de um meio de contraste intravenoso. São extremamente raros os casos de efeitos secundários em virtude do meio de contraste por nós utilizado.

Sobrenome:	<input type="text"/>
Primeiro nome:	<input type="text"/>
Data de nascimento:	<input type="text"/>

Por favor indique se usar/tiver um dos seguintes objetos no seu corpo?

	Sim	Não
- Estimulador cardíaco (marca-passo) /Desfibrilador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Estimulador neurológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bomba de insulina / de medicamentos ou sensor de glicose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Implante coclear (Implante do ouvido interno)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Shunt ventrículo-peritoneal (VP-Shunt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Clip de aneurisma das artérias cerebrais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Aparelho auditivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Prótese dentária removível?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Piercing/Tatuagem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sofreu de uma ferida metálica ou de bala?

Sim Não

Sofre de uma doença ou disfunção dos rins?

Sim Não

Sofre de alergias?

Sim Não

Caso afirmativo: qual/quais?

Você já foi hospitalizado por causa de uma reação alérgica grave?

Sim Não

A sua altura:

cm

O seu peso:

kg

Perguntas adicionais para doentes do sexo feminino

Sim Não

Está grávida ou podia estar?

Sim Não

No caso de gravidez existente: em que mês?

Em caso de dúvida, poderá sempre colocar-nos qualquer questão.

Compreendi a informação veiculada, respondi escrupulosamente a todas as perguntas e autorizo a realização da RM.

Data:	<input type="text"/>	Assinatura:	<input type="text"/>	Rubrica do técnico de radiologia:	<input type="text"/>
-------	----------------------	-------------	----------------------	-----------------------------------	----------------------