

QUESTIONÁRIO DE EXAME – RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (SELA TÚRCICA)

Nome do Paciente: _____

Sexo: () M () F Idade: _____ Peso: _____ Nascimento: ____/____/____

Faz uso de Marca-passo? () Sim () Não

Já foi operado de Aneurisma? () Sim () Não

É portador de prótese auditiva fixa Endococlear? () Sim () Não

É portador de implante dentário ou aparelho ortodôntico? () Sim () Não

Por qual motivo o médico solicitou esse Exame? _____

Sente alguma dor? () Sim () Não Onde: _____

É portador de alguma doença conhecida? () Sim () Não Qual? _____

Passou por alguma cirurgia na Hipófise? () Sim () Não

Qual? _____ Há quanto tempo? _____

Fez alguma dosagem de hormônios hipofisários (prolactina, hormônio do crescimento, folículo estimulante)? () Sim () Não

Já fez radioterapia? () Sim () Não Já fez quimioterapia? () Sim () Não

Trouxe e entregou ao Recepcionista seus exames anteriores? () Sim () Não

Algum outro sintoma importante que queira informar?

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

- O exame solicitado pelo seu médico foi de Ressonância Magnética que utiliza campo magnético, podendo interferir no funcionamento de marca-passos cardíacos.
- Esse exame não utiliza de fontes de radiação para sua realização, tornando-se muito mais seguro para o paciente.
- Durante a realização do exame, é preciso que o paciente permaneça o mais imóvel possível para que as imagens geradas sejam de qualidade.
- A qualquer momento exame pode ser interrompido, basta solicitar a equipe técnica.

- O barulho torna-se um pouco incomodo no decorrer do exame, podendo ser solicitado protetores auriculares.
- A paciente gestante deve informar sua condição à equipe técnica previamente à realização do exame.

PODE SER NECESSÁRIO O USO DE MEIO DE CONTRASTE VENOSO:

- O meio de contraste é uma substância que contribui para melhor visualização entre patologias e tecidos normais.
- A substância utilizada no exame de Ressonância é o Gadolínio, que não contém iodo.
- O contraste é administrado pela via intravenosa e expelido pela via renal.
- Apesar do contraste ser seguro e de baixa reação alérgica, algumas pessoas podem apresentar náuseas, vômitos, calor, dor local
- A paciente gestante não pode fazer uso de contraste.

CASO SEJA NECESSÁRIO O USO DO CONTRASTE:

Apresenta algum problema renal? () Sim () Não Qual? _____

O Sr (a) faz Hemodiálise? () Sim () Não

() **CONCORDO** COM O USO DO MEIO DE CONTRASTE VENOSO

() **NÃO CONCORDO** COM O USO DO MEIO DE CONTRASTE VENOSO

*Informamos que suas imagens poderão ser transmitidas para uma central de laudos à distância sendo e laudado por uma equipe de médicos radiologistas especialistas na área de interesse.

Declaro que li e compreendi as informações e concordo com o procedimento:

_____, ____/____/____.

Assinatura do paciente/acompanhante Assinatura do Técnico de Enfermagem