

QUESTIONÁRIO DE EXAME – TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (MEMBROS SUPERIORES – dedos, mãos, punhos, antebraços, braços, ombros)

Nome do Paciente: _____

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

Região a ser analisada:

- () Dedo () Antebraço
() Mão () Braço
() Punho () Ombro

Lado do corpo:

- () Direito
() Esquerdo

Por qual motivo o médico solicitou esse Exame? _____

Sente alguma dor? () Sim () Não

Onde: _____

Pratica atividade física?

- () Sim () Não

Já teve algum trauma/luxação na região a ser avaliada? () Sim () Não

Quando? _____

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

Passou por alguma cirurgia no membro avaliado? () Sim () Não

Qual? _____ Há quanto tempo? _____

Já fez radioterapia na região a ser avaliada?

- () 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 Tomografia Computadorizada que utiliza Raios – X (radiação). Essa radiação é mínima devido a moderna tecnologia e breve duração do exame.
- Durante a realização do exame, é preciso que o paciente permaneça o mais imóvel possível para que as imagens geradas sejam de qualidade.
- Caso seja preciso um acompanhante durante o exame, dispomos de equipamento para proteção individual radiológica. FAVOR, FAZER USO.
- PACIENTES GESTANTES NÃO DEVEM REALIZAR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA.

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 Tomografia contém iodo.
- O meio de contraste utilizado nesse exame é o mais SEGURO: HIDROSSOLÚVEL E NÃO IÔNICO.
- O contraste é administrado pela via intravenosa e expelido pela via renal.
- Reações alérgicas comuns: extravasamento do contraste, náuseas, vômitos, calor, dor local, vermelhidão, coceira, falta de ar, tonturas, entre outras.
- Esta Clínica e sua equipe técnica está preparado para qualquer intercorrência na administração do meio de contraste iodado.
- A paciente gestante não deve fazer uso de contraste.

O Sr (a) já fez exame de Tomografia com contraste? () Sim () Não

Tem asma ou bronquite? () Sim () Não

IMPORTANTE: Caso o Sr(a) utilize antidiabético oral a base de Metformina (Glifage, dimefor, glucoformin, glucofage, entre outros) esta medicação deverá ser suspensa dois dias antes da realização do exame e retomada dois dias depois, sob orientação, conhecimento e concordância do seu médico. Esta conduta é necessária para que seja evitado o acúmulo de metformina no seu organismo, já que poderá haver diminuição na eliminação deste medicamento. No caso do seu exame ser de EMERGÊNCIA, será avaliado e acompanhado por profissional competente deste setor.

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