



RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

HISTÓRIA CLINICA

Este questionário tem o objetivo de orientar o seu exame de maneira personalizada melhorando assim a precisão diagnóstica. Responda objetivamente e resumidamente.

Nome..... Data de nascimento...../...../.....

Profissão.....Peso.....

1- De que doença seu médico suspeita?

2- Há quanto tempo os sintomas iniciaram?

3- Foi submetido a algum tipo de cirurgia? Há quanto tempo? Qual?

4- Já sofreu algum trauma na região que será examinada? Há quanto tempo? Como foi?

5- Tem algum tipo de alergia?

() Sim () Não () Não sei

6- Já utilizou contraste por via endovenosa (Ressonância Magnética)?

() Sim () Não () Não sei

7- Já apresentou reação alérgica a utilizar contraste em Ressonância Magnética?

() Sim () Não () Não sei

8- Já foi submetido a cirurgia cerebral?

() Sim () Não

a) Em caso afirmativo, foi aneurisma?

() Sim () Não

b) Colocou clip metálico?

() Sim () Não

9- Usa macapasso cardíaco?

() Sim () Não

10- Existe algum implante metálico, estilhaço ou fragmento de arma de fogo em seu corpo?

() Sim () Não

11- Já trabalhou em indústria de metais ou em atividade que produziam farpas metálicas?

() Sim () Não

12-É portador de placas, parafusos, hastes médicas, em ossos ou articulações?

() Sim () Não

13-É portador de aparelho de audição?

() Sim () Não

14-É portador de filtros de vasos sanguíneo?

() Sim () Não

15-Tem alguma prótese dentária removível?

() Sim () Não

16-É portador de algum grau de insuficiência renal?

() Sim () Não

17-Usa válvula cardíaca?

() Sim () Não

18-Tem tatuagem?

() Sim () Não

19-Usa maquiagem permanente?

() Sim () Não

20-É portador de implante cirúrgico?

() Sim () Não

Para as mulheres: 21- Está grávida ou suspeita de gravidez? () Sim () Não

22- Usa D.I.U.? () Sim () Não

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a Clinica DMX a realizar o exame solicitado e a praticar todos os atos médicos e de enfermagem dele decorrentes.

Estou ciente de que possa ser necessário Contraste para obtenção de melhor resultado no diagnostico de Ressonância e que tal substância (Gadolínio- não contém iodo) pode eventualmente causar reação alérgica, comprometendo-me a responder o questionário de Pesquisa de Pacientes Alérgicos (acima) com informações mais corretas e completas possíveis.

Assinatura do paciente ou responsável -RG

**DMX- DIAGNÓSTICOS MÉDICOS AVANÇADOS LTDA.
Av. Carlos Drumond de Andrade, nº 707 B- Centro/ Itabira MG.**

() Não aceito contraste

Assinatura do paciente ou responsável -RG