



## QUESTIONÁRIO DO EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_  
(sem abreviações)

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PESO APROXIMADO: \_\_\_\_ (Kg).

TELEFONE: (RES.) \_\_\_\_\_ (CEL.) \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

Gostaria de receber o laudo do seu exame por e-mail? ( ) Sim ( ) Não

### ORIENTAÇÕES GERAIS

1. Você ficará deitado(a) numa mesa móvel dentro de um túnel com um dispositivo de segurança em uma das mãos.
2. Retire todos os objetos metálicos (chaves, moedas, cartões magnéticos, relógio, jóias, grampos, dentaduras, aparelhos auditivos).
3. O exame dura aproximadamente 30 minutos.
4. Em alguns exames será necessário o uso de um contraste endovenoso.  
Você autoriza? Sim ( ) não ( ). Dúvidas? Contate a equipe de enfermagem
5. Possui algum(ns) dos dispositivos abaixo que **impede(m)** a realização do seu exame?  
( ) Marcapasso  
( ) Clipe de aneurisma  
( ) Prótese coclear metálica  
( ) Bomba de insulina ou de infusão  
( ) Neuroestimulador  
( ) Clamp carotídeo tipo Popen Blaylock  
( ) Expansor mamário tipo Mcghan ou Infall  
( ) Desfibrilador implantável
6. Possui algum(ns) dos materiais abaixo que contra-indica(m) relativamente seu exame?  
( ) Piercing  
( ) Projéteis ou rastilhos metálicos por ferimento de arma de fogo  
( ) Tatuagem ou maquiagem definitiva  
( ) Válvulas de DVP com pressão ajustável  
( ) Antecedente de trabalho com objetos metálicos(metalurgia)
7. Para as mulheres  
Há possibilidade de você estar grávida? ( ) sim ( ) não  
Está amamentando? ( ) sim ( ) não

Li e compreendi todas as informações acima.

Estou ciente das implicações do procedimento ao qual serei submetido(a).

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ .

1 - Porque o seu médico solicitou esse exame?

---



---



---

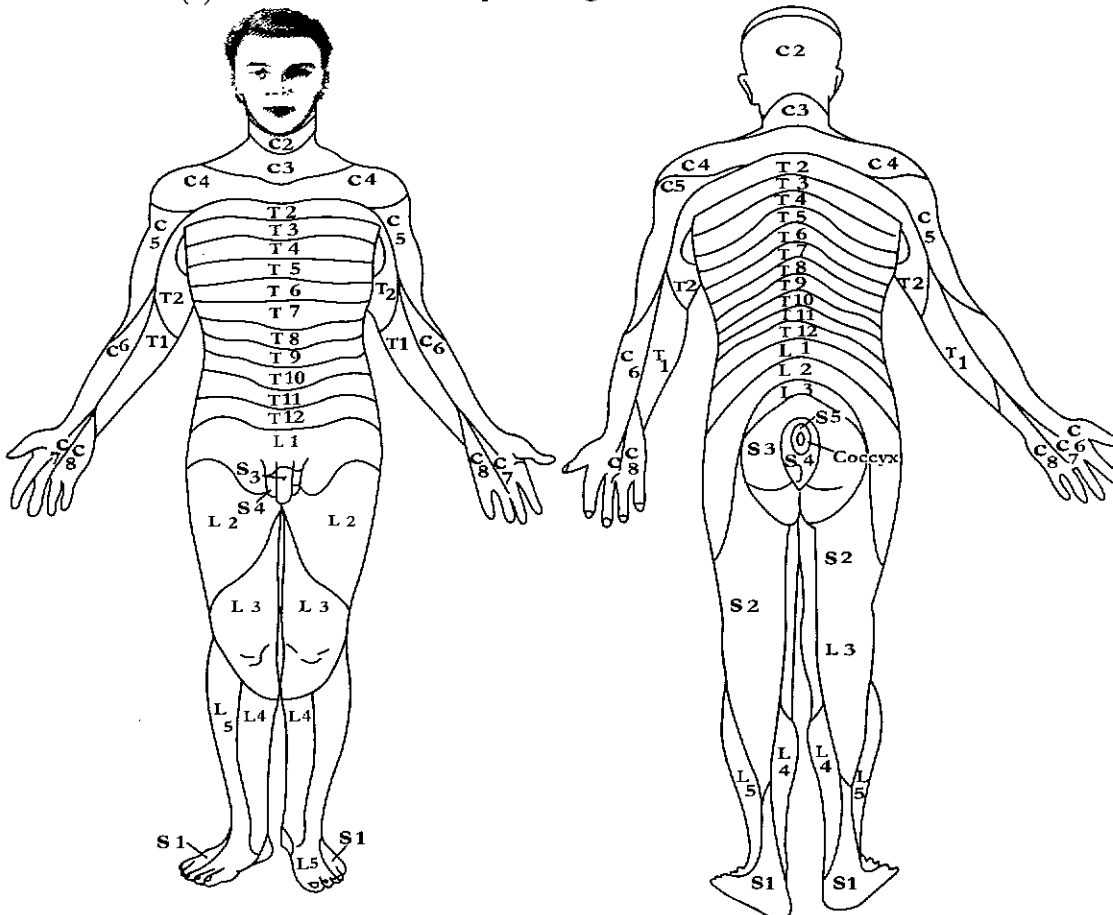
2 - Já realizou alguma cirurgia (no local de estudo) ?

---



---

3 - Tem dor ? ( ) Sim ( ) Não. Marque na figura abaixo o local da dor.



4 - É portador(a) de alguma doença renal (ou insuficiência renal)? Se sim, especifique.

---



---

5 - Observações da equipe

---



---



---



---



---