

Questionário de Segurança de RM

A RM utiliza um campo magnético intenso, pelo que deve tomar precauções especiais antes de entrar na sala. Por conseguinte, pedimos-lhe que preencha cuidadosamente este formulário.

Apelido: _____ Nome próprio: _____

Data de nascimento : _____ Peso : _____ kg Altura : _____ cm



Elementos implantados sensíveis a interferências eletromagnéticas: estimulador cardíaco, desfibrilhador, aparelho auditivo, bomba de insulina, doseador de medicamentos, etc.

Sim Não

1. Já fez uma ressonância magnética ?
2. Sofre de insuficiência renal ?
3. Há probabilidades de estar grávida ?
4. Tem grafos na pele ?
5. É provável que tenha sido vítima de uma lasca metálica (nos olhos, no corpo, etc.) ?

6. É portador(a) de um dos seguintes materiais:

==> Dispositivo cardíaco

Pacemaker?* Desfibrilhador?* Reveal?* (Sublinhe o que é adequado)

==> Implante coclear*

==> Neuroestimulador*

==> Válvula de bypass*

==> Utilização de catéter*

==> Válvula cardíaca

Biológica? Mecânica?* (sublinhe o que for aplicável)

Sim Não Data



Retire todos os objetos metálicos antes de entrar na sala de exame, incluindo telemóveis, piercings, relógios, joias, ganchos de cabelo, chaves, moedas, cartões magnéticos, pestanas postiças, etc.

*Forneça-nos os documentos relativos ao material implantado.

Sim Não Data

7. É portador(a) de um clipe neurocirúrgico para aneurisma cerebral ?

8. Tem uma prótese articular ?

9. Tem uma bomba de insulina ?

10. Dispõe de um sensor de glicemia?

11. Outras operações?

Se sim, quais e data: _____

12. É portador(a) de uma prótese auditiva amovível?

13. Usa aparelhos ortodônticos fixos ou amovíveis?

14. Usa um patch ou penso transdérmico (hormonal, nicotina)?

Data : _____ Assinatura do paciente : _____ Assinatura do médico : _____