

Questionário de segurança Ressonância magnética

A ressonância magnética usa um campo magnético intenso, deve-se tomar precauções antes de entrar na sala de exame. Por favor, preencha este questionário antes do exame e entrega ao pessoal do serviço de RM.

Nome completo : _____

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



Dispositivos implantados sensíveis à interferência eletromagnética:
marca-passo cardíaco, desfibrilador cardíaco, aparelho auditivo, bomba de insulina, bomba de medicação, etc.

Sim Não

1. Você já realizou algum exame de Ressonância Magnética ?
2. Você tem insuficiência renal ?
3. Você está grávida ?
4. Você tem suturas com fios de metal ou agrafos ?
5. Você recebeu um brilho metálico no olho ?
6. Você tem fragmentos ou objectos metálicos no corpo ?
7. Você tem alguns dos materiais seguintes :

==> Dispositivo de coração

Marca-passo?* Desfibrilador?* Reveal?*(sublinhe o que é apropriado)

==> Implante coclear*

==> Neuroestimulador*

==> Bomba de insulina

==> Sensor de glicose no sangue

==> Válva cardíaca

Biológica? Mecânica?* (sublinhe o que é apropriado)

Sim	Não	Data



Remova os objetos de metal antes de entrar na sala de exame, incluindo telefone celular, piercing, relógio, joias, grampo de cabelo, chaves, troco, cartão magnético, etc.

***forneça-nos os documentos relativos ao material implantado.**

Sim Não Data

8. Você tem um clipe de aneurisma na cabeça ?

9. Você tem uma prótese articular ?

10. Tieve alguma operação cirúrgica ?

Se sim, a quê, quando? _____

11. Você tem uma prótese auditiva ?

12. Você tem uma prótese dentária fixa ou amovível ?

13. Você tem penso transdérmico (hormonal, nicotina) ?

Data :

Assinatura do paciente :

Assinatura do médico :