

Nome: _____ Profissão: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____ Peso: _____

Tel. para contato: _____ Convênio: _____

Data: ___/___/_____ Exame: _____

O objetivo deste questionário é identificar pacientes alérgicos ou potencialmente alérgicos que, ao realizarem exames de tomografia computadorizada com contraste, possam apresentar reações alérgicas ao mesmo. O contraste iodado, administrado na veia, é utilizado há muito tempo na medicina e é considerado relativamente seguro. A finalidade do meio de contraste é permitir uma melhor visualização dos órgãos internos, tornando mais nítidas as doenças que porventura existam. As reações adversas, principalmente alérgicas, podem ocorrer com intensidades variáveis, desde leves, moderadas e até graves. Por isso, é muito importante o preenchimento correto e preciso deste questionário, para que o médico radiologista possa decidir sobre a utilização ou não do contraste. Mulheres grávidas ou com suspeita de gravidez ou amamentando devem informar ao médico ou ao operador do equipamento antes da realização do exame. Caso tenha alguma pergunta a fazer, comunique-se com a nossa equipe médica.

Copyright © www.imaginologia.com.br - Dr. Sandro Fenelon

Queixa: _____

Duração: _____

Tratamento realizado: _____

Tem exames anteriores da região? _____

Quais? _____

O Sr.(a) já foi operado? _____

Qual região? _____

Qual o motivo? _____

Já fez radioterapia ou quimioterapia? _____

Fumante? _____ Quanto? _____

Já foi internado alguma vez? _____

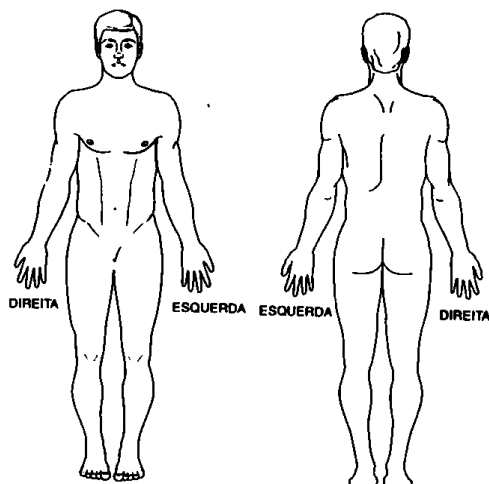
Tem algum objeto metálico no corpo? _____

Tem algum comentário ou informação importante? _____

Por favor, assinale na figura, onde sente dor, desconforto ou formigamento.

FRENTE

COSTAS



Observações do Setor de Tomografia

OPERADOR :

MÉDICO:

Contraste IV:SIM() NÃO() INJETORA: _____

Contraste Oral: SIM () NÃO ()

Anestesia: SIM () NÃO ()

Medicamentos utilizados: _____

Já realizou algum exame no qual foi utilizado contraste iodado na veia (tomografia, urografia excretora, arteriografia, angiografia, cateterismo)? SIM NÃO

O Sr (a) apresentou algum tipo de reação ou problema ao utilizar esse contraste?

O Sr (a) já apresentou alergia a medicamentos iodados por vias oral ou cutânea?

Você utilizou contraste iodado nas últimas horas? _____

Você tem Asma, enfisema ou outra doença do pulmão? _____

Há quanto tempo? _____ Qual tratamento? _____

É diabético? _____ Utiliza algum desses medicamentos Metformin(a), Glifage, Glucoformin, Glucophage, Meguanin ou Dimefor? _____

Assinale se apresenta ou já apresentou alguma destas alergias:

() Não () Alimentos () Na família

() Urticária () Medicamentos () Rinite alérgica

() Alergia de pele () Camarão, peixe e frutos-do-mar

() Outras _____ Explique: _____

Você apresenta alguma destas doenças? () Não

() Insuficiência renal () Coração () Pressão alta

() Tireóide () Fígado () Mieloma múltiplo

() Miastenia gravis () Outras _____

Explique: _____

Você utiliza algum medicamento? _____

Quais? _____

Atesto que as informações fornecidas são verdadeiras e autorizo a realização do exame,

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal