

# QUESTIONÁRIO PARA O DOENTE

## Ressonância magnética (RM)

PT

Caro doente,

Uma vez que a ressonância magnética é efetuada num campo magnético forte, não deve ter ou usar no corpo determinados metais. Os aparelhos de controle eletrónico ou cartões de chip podem funcionar mal ou ser danificados pelo campo magnético. Por conseguinte, temos de lhe colocar as questões que se seguem, cuja compreensão e resposta nos deve ser confirmada por escrito.

### Atenção!

Antes de entrar na sala de exame, deve tirar os seguintes objetos: relógio, bijuteria, carteira, porta-moedas, moedas, óculos, prótese dentária, aparelho auditivo, molas ou ganchos de cabelo e postigos. A informação dos cartões de crédito e de todos os cartões com banda magnética seria apagada ao entrar na sala de exame devido ao forte campo magnético. Pode deixar estes objetos num cofre instalado no guarda-roupa. Para o exame, é importante que dispa tudo até à roupa interior, pois muitos te-

cidos podem conter também metais. Se se fizer acompanhar por alguém na sala de exame, esta pessoa deve também cumprir as regras atrás indicadas!

Dependendo da sua situação, poderá ser necessária a administração de um meio de contraste intravenoso. São extremamente raros os casos de efeitos secundários em virtude do meio de contraste por nós utilizado.

Sobrenome:

Primeiro nome:

Data de nascimento:

### Por favor indique se usar/tiver um dos seguintes objetos no seu corpo?

	Sim	Não
■ Estimulador cardíaco (marca-passo) /Desfibrilador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Estimulador neurológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Bomba de insulina / de medicamentos ou sensor de glicose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Implante coclear (Implante do ouvido interno)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Shunt ventrículo-peritoneal (VP-Shunt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Clíp de aneurisma das artérias cerebrais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Aparelho auditivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Prótese dentária removível?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Piercing/Tatuagem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Sofreu de uma ferida metálica ou de bala?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Sofre de uma doença ou disfunção dos rins?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Sofre de alergias? Caso afirmativo: qual/quais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ A sua altura: <input type="text"/> cm		
■ O seu peso: <input type="text"/> kg		

### Perguntas adicionais para doentes do sexo feminino

	Sim	Não
■ Está grávida ou podia estar? No caso de gravidez existente: em que mês?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em caso de dúvida, poderá sempre colocar-nos qualquer questão.

Compreendi a informação veiculada, respondi escrupulosamente a todas as perguntas e autorizo a realização da RM.

Data:

Assinatura:

Rubrica do técnico de  
radiologia: