



QUESTIONÁRIO E TERMO DE CONSENTIMENTO PARA A REALIZAÇÃO DE EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PACIENTES ADULTOS

Nome do paciente:		
RG:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Data de nascimento: / /
Telefone:	Peso:	Setor/ Ramal:
Exame a ser realizado:		
Atendimento: () Ambulatorial () Internado () PS () Externo		

Prezado (a) paciente:

As informações deste questionário auxiliarão na condução e análise de seu exame. Estas informações aumentam a precisão de seu diagnóstico e permanecerão em sigilo. O exame de tomografia computadorizada utiliza a radiação ionizante, esta radiação em doses excessivas pode causar danos ao organismo. Será permitido a presença de acompanhante dentro da sala de exame para crianças, idosos e pacientes com risco de queda, recebendo os equipamentos de proteção radiológica individual para minimizar a exposição à radiação.

Atenção! Antes de entrar na sala de exame, você deve remover todos os objetos metálicos incluindo: chaves, celulares, óculos, presilhas de cabelo, acessórios, moedas e outros.

O preenchimento deste formulário é requerido e conferido antes da entrada do paciente na sala de tomografia computadorizada. **É extremamente importante que este formulário seja preenchido com o máximo de precisão.**

Informações importantes sobre o paciente			
1-) Realizou o jejum recomendado?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
2-) É fumante?	<input type="checkbox"/> Sim, há quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> Não	
3-) Tem alergia a medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Quais?			
4-) Tem alergia a alimentos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Quais?			
5-) Tem alergia a látex?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
6-) Tem asma grave?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Se sim, está em tratamento?			
7-) Tem DPOC (Doença pulmonar obstrutiva crônica)?	<input type="checkbox"/> Sim, há quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> Não	
8-) Já realizou algum exame no qual tenha sido utilizado meio de contraste?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Qual exame? _____			
Se sim, apresentou alguma reação adversa ao contraste utilizado?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Quais sintomas? _____			
9-) Realizou o preparo de dessensibilização recomendado?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
10-) Tem algum problema de saúde diagnosticado entre os listados abaixo?			
<input type="checkbox"/> Hipertireoidismo	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca	<input type="checkbox"/> Miastenia gravis
<input type="checkbox"/> Hipoparatiroidismo	<input type="checkbox"/> Policitemia	<input type="checkbox"/> Choque cardiogênico	<input type="checkbox"/> Mieloma múltiplos
<input type="checkbox"/> Anemia falciforme	<input type="checkbox"/> Feocromocitoma	<input type="checkbox"/> Hipertensão pulmonar	
11-) Quais motivos o (a) levaram a procurar seu médico? O que está sentindo?			
12-) Já realizou outros exames de imagem para este problema?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Em caso positivo, qual exame?			
13-) Trouxe a imagem e/ou o laudo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Se não trouxe, poderia informar qual foi o resultado?			

14-) Já passou por algum tipo de cirurgia?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Se sim, qual e quando foi?		
15-) Já realizou algum destes procedimentos?		
Quimioterapia:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, há quanto tempo?
Radioterapia:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, há quanto tempo?
Braquioterapia:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, há quanto tempo?
16-) Já trabalhou com poeiras inorgânicas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim: () sílica () amianto () asbesto
17-) Apresenta alguns dos sinais e sintomas listados abaixo?		
<input type="checkbox"/> Distúrbios visuais	<input type="checkbox"/> Tontura	<input type="checkbox"/> Dormência/fraqueza nos membros
<input type="checkbox"/> Diminuição do olfato	<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Formigamento nos membros
<input type="checkbox"/> Diminuição da audição	<input type="checkbox"/> Dificuldades para engolir	<input type="checkbox"/> Limitações de movimentos
<input type="checkbox"/> Ouve zumbidos	<input type="checkbox"/> Cefaleia	<input type="checkbox"/> Alterações hormonais
<input type="checkbox"/> Perda da memória	<input type="checkbox"/> Formigamento nos membros	<input type="checkbox"/> Dor abdominal/ pélvica
<input type="checkbox"/> Cirurgia ortopédica Qual região?	<input type="checkbox"/> Nódulos palpáveis? Qual região?	<input type="checkbox"/> Dor Qual região?
18-) Assinale com um X se está em uso de algum medicamento:		
<input type="checkbox"/> Bloqueador adrenérgico. Ex.: Atenolol, Propanolol		
<input type="checkbox"/> Bloqueador de canal de cálcio, Nifedipina ou nicardipina. Ex.: Adalat		
<input type="checkbox"/> Hipoglicemiantes a base de metformina (remédio para diabetes) Ex.: Glucoformin, Amaryl duo, Amaryl flex, Glucovance, Janumet, Avandamet, Meguanin, Metfordin, Cloridrato de metformina, Metform, Diaformin, Metformina, Dimefor, Metformix, Formet, Galvus, Glibeta, Neo metformin, Glicefor, Starform, Glicomet, Teutoformin, Glifage		
<input type="checkbox"/> Digoxina, Digitoxina.	<input type="checkbox"/> Diuréticos de alças Ex.: Furosemida	<input type="checkbox"/> Anti-inflamatório não esteroides (AINES)
<input type="checkbox"/> Manitol	<input type="checkbox"/> Outros. Citar:	

Informações importantes sobre o paciente para minimizar o risco de lesão renal induzida pelo contraste

Cálculo da taxa de filtração glomerular (TFG) Peso: _____ Idade: _____ Creatinina sérica: _____ Data da creatinina: ____/____/____ Resultado da TFG: _____	<input type="checkbox"/> Síndrome hepatorenal	<input type="checkbox"/> Desidratação
	<input type="checkbox"/> Transplante hepático	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus
	<input type="checkbox"/> Proteínuria na urina	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial
	<input type="checkbox"/> Hiperuricemia (Gota)	<input type="checkbox"/> Cirrose hepática
	<input type="checkbox"/> Portador de lesão renal? () aguda () crônica	
	<input type="checkbox"/> Realizou cirurgia renal? () Sim () Não Qual?	

Somente para mulheres:

A radiação ionizante não é recomendada à pacientes ou acompanhantes gestantes, apenas com autorização do médico solicitante e o termo de responsabilidade assinado pela paciente.

Data do último ciclo menstrual: ____/____/____ **Suspeita de gravidez:** () sim () não () não sei

Está amamentando? () sim () não

Estou ciente que as imagens de meus exames poderão ser enviadas para a central de laudos, onde serão analisadas e laudadas por médicos radiologistas. Atesto que as informações fornecidas são verdadeiras e autorizo a realização do exame.

Nome do paciente ou responsável:

Assinatura do paciente ou responsável:

Uso restrito da radiologia:

Enfermagem:	COREN:
Técnico em radiologia:	CRTR:
Médico:	CRM: