

**Informações Importantes:**

O objetivo principal deste questionário é identificar pacientes que possam correr algum risco durante o exame. Devido à existência de um forte campo magnético na sala de Ressonância Magnética, certos objetos e condições clínicas podem representar perigo para o paciente e/ou interferir na qualidade do exame. Antes de entrar na sala de ressonância, o paciente deverá retirar **TODOS** os **objetos metálicos**, incluindo aparelhos auditivos, próteses dentárias, chaves, telefone celular, óculos, canetas, grampos de cabelo, relógios, jóias, bijuterias, *piercings*, cliques, moedas, ferramentas, vestimentas que contenham metais e também cartão de banco ou de crédito.

Durante o exame, pode ser necessária a injeção na veia e/ou ingestão de um produto chamado **GADOLÍNIO**, diferente e mais seguro que o contraste à base de iodo usado em radiografias e exames de tomografia. Como ocorre com qualquer tipo de medicamento, o gadolínio pode, em raríssimas ocasiões, provocar reações adversas como, por exemplo, alergia. Embora as reações mais comuns sejam leves, existe uma possibilidade **muito pequena** de ocorrerem reações graves (como a fibrose nefrogênica sistêmica) e até mesmo fatais.

É impossível prever com certeza quem desenvolverá algum tipo de reação ao gadolínio, mas o conhecimento de alguns dados pode alertar para uma situação de risco aumentado. Por isso, as perguntas seguintes devem ser respondidas com exatidão.

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Data do exame: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

	Sim	Não	Explique:
Cirurgia de crânio			
Clique de aneurisma			
Qualquer outro clique cirúrgico			
Marcapasso cardíaco / desfibrilador			
Implante eletrônico ou metálico			
Fios metálicos ou eletrodos internos			
Prótese /fragmento metálico no olho			
Fragmento de metal no corpo			
Neuroestimulador			
Estimulador medular			
Aparelho auditivo			
Implante auditivo / coclear			
Bomba de infusão de medicamentos			
Aparelho ortodôntico			
Prótese dentária			
Prótese ortopédica			
Placas ou parafusos metálicos			
Qualquer outro tipo de prótese			
Stent ou filtro metálico			
Válvula cardíaca			
Cateter (Swan-Ganz etc.)			
Tatuagem ou maquiagem definitiva			
Piercing			
DIU			
Movimentos involuntários			
Claustrofobia (medo de lugar fechado)			
Alergias			
Asma			
Pressão alta			
Diabetes			
Insuficiência renal			
Outra doença crônica			
Gravidez			

Já fez algum tipo de cirurgia?

( ) Sim ( ) Não Descreva todas: \_\_\_\_\_

Está em uso de algum remédio?

( ) Sim ( ) Não Descreva todos: \_\_\_\_\_

Por que seu médico solicitou este exame? \_\_\_\_\_

Deseja fornecer alguma outra informação que julgue importante? \_\_\_\_\_

.....

### TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que as respostas dadas são verdadeiras.

Declaro saber que objetos ou dispositivos metálicos em meu corpo podem representar riscos para a minha segurança e/ou prejudicar a qualidade do exame. Estou orientado(a), ciente e esclarecido(a) sobre os riscos e possíveis complicações do exame de Ressonância Magnética.

Sendo assim, ( ) **autorizo** ( ) **não autorizo** a realização do exame.

Se o médico considerar necessário o uso de **GADOLÍNIO** durante o exame, ( ) **autorizo** ( ) **não autorizo** a sua utilização. Na hipótese de ocorrer algum tipo de reação adversa a esse produto, autorizo todas as medidas necessárias para o tratamento imediato.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou de seu responsável legal

.....

#### Para uso exclusivo da equipe de enfermagem

Peso:	Altura:	Informações do questionário verificadas?	Sim
Última alimentação:		Vestimentas / acessórios do paciente verificados?	

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Identificação / COREN

.....

#### Para uso exclusivo do operador

Informações do questionário verificadas?	Sim
Vestimentas / acessórios do paciente verificados?	

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Identificação / Registro no Conselho de Classe

.....

#### Para uso exclusivo do médico

À Enfermagem: Administrar ao paciente cujo nome se encontra no anverso:

( ) Agente paramagnético GADOLÍNIO: \_\_\_\_\_ mL EV.

( ) Uso de injetora de contraste com fluxo de \_\_\_\_\_ mL / segundo.

( ) Contraste oral: \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico Responsável / CRM