



MEDICINA
LISBOA

Questionário

Por favor preencha o seguinte questionário: (coloque X na sua resposta)

Sim Não

	Sim	Não
Já foi operado? Tipo de cirurgia: _____		
Tem pacemaker cardíaco/desfibrilhador?		
Tem material de osteossíntese, placas/parafusos?		
Tem stents coronários ou válvulas cardíacas artificiais?		
Corpos metálicos/limalhas no corpo?		
Implantes cocleares ou tubos metálicos nos ouvidos?		
Tem aparelho/prótese dentária ou material de ortodontia?		
Tem cateter venoso central?		
É portador de bomba infusora?		
É portador de sistemas transdérmicos?		
Tem insuficiência renal?		
É diabético?		
Tem asma ou bronquite?		
Tem alergias a medicamentos? Quais: _____		
Tem dispositivo intrauterino (DIU)?		
Está grávida?		
Está a amamentar?		
Sofre de claustrofobia?		
Comeu ou bebeu nas últimas 4 horas?		
Já alguma vez realizou um exame de ressonância magnética?		

Sim Não

	Sim	Não
Caso esteja indicado: Autoriza a injeção de contraste?		
Se clinicamente se justificar: Autoriza a anestesia?		
Se clinicamente se justificar: Autoriza a utilização de fármacos relacionados com o exame?		
Se clinicamente se justificar: Autoriza realizar o exame com material implantado compatível (Ex: Pacemaker e/ou desfibrilhador)?		

Altura _____ cm

Peso _____ kg