



RHODE ISLAND MEDICAL IMAGING FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO DE SEGURANÇA SOBRE RM PARA O PACIENTE

ATENÇÃO: PACIENTES QUE VÃO REALIZAR RM E ACOMPANHANTES

A sala de RM integra um ímã extremamente forte que está **SEMPRE LIGADO**. Antes de lhe ser concedido acesso, temos de saber se tem peças de metal no corpo. Alguns objetos de metal podem interferir na análise ou até ser perigosos, por isso responda cuidadosamente às seguintes perguntas.

- SIM / NÃO / ? Alguma vez sofreu uma lesão ocular provocada por metal no passado?
 SIM / NÃO / ? Alguma vez teve de remover metal dos olhos?
 Em caso afirmativo, um oftalmologista informou-o de que **TUDO** o metal foi retirado dos olhos? SIM / NÃO / ?
 SIM / NÃO / ? Está grávida, existe essa possibilidade ou está a amamentar?

TEM, OU ALGUMA VEZ TEVE, ALGUM DESTES OBJETOS IMPLANTADOS OU COLOCADOS NO SEU CORPO?

- SIM / NÃO / ? Pacemaker, fios ou desfibrilhador
 SIM / NÃO / ? Clipe cerebral/aneurisma
 SIM / NÃO / ? Implante ocular
 SIM / NÃO / ? Implante auricular
 SIM / NÃO / ? Balas, projéteis ou chumbos
 SIM / NÃO / ? Estilhaços ou fragmentos de metal
 SIM / NÃO / ? Implante magnético em qualquer parte do corpo
 SIM / NÃO / ? Bomba de perfusão
 SIM / NÃO / ? Espiral, filtro ou fio nos vasos sanguíneos
 SIM / NÃO / ? Tubo ou cateter implantado (exceto cateter Foley, cateter IV ou cateter venoso central inserido perifericamente)
 SIM / NÃO / ? Válvula cardíaca artificial
 SIM / NÃO / ? Prótese peniana
 SIM / NÃO / ? Estimulador elétrico para nervos ou ossos.
 *Se tiver um estimulador ósseo, serão necessárias radiografias ântero-posteriores e laterais.
 SIM / NÃO / ? Clipes, agraços, fios, rede ou sutura cirúrgica
 SIM / NÃO / ? Videocápsula endoscópica
 SIM / NÃO / ? Clipe Resolution para a bexiga (intervenção endoscópica)
 SIM / NÃO / ? Acessórios ortopédicos (placas, parafusos, pinos, cavilhas, fios)
 SIM / NÃO / ? Expansor tecidular
 SIM / NÃO / ? Pessário/sling na bexiga
 SIM / NÃO / ? DIU (dispositivo intra-uterino)
 SIM / NÃO / ? Emplastos cutâneos com medicamentos (pensos Acticoat)
 SIM / NÃO / ? Stents, se Sim, onde _____?
 SIM / NÃO / ? Piercings, se Sim, onde _____?
 SIM / NÃO / ? Tem tatuagens ou delineador permanente?
 SIM / NÃO / ? Shunt intracraniano?

Se Sim, é programável? SIM / NÃO

Os seguintes artigos **podem sofrer danos** ou provocar lesões noutras pessoas sob um forte campo magnético. **NÃO OS DEVE LEVAR PARA A SALA DE RM. TEM ALGUM DESTES OBJETOS IMPLANTADOS OU COLOCADOS NO SEU CORPO?**

- SIM / NÃO Auxiliar auditivo
 SIM / NÃO Perucas/capachinhos
 SIM / NÃO Membros artificiais/próteses
 SIM / NÃO Dentaduras/placas parciais/aparelhos dentários

Já foi submetido a algum tipo de cirurgia?

Sim / Não

Se Sim, indique aqui:

INFORMAÇÃO RELATIVA A MATERIAL DE CONTRASTE COM GADOLÍNIO EM RM

O seu exame pode incluir uma injeção intravenosa com um agente de contraste que contém gadolínio para ajudar a diagnosticar a sua condição com maior rigor. Tal como todos os fármacos, o gadolínio acarreta uma reduzida possibilidade de reação alérgica.

- SIM / NÃO / ? Alguma vez teve uma reação a material de contraste com gadolínio?
 SIM / NÃO / ? Tem história de reações alérgicas graves?
 SIM / NÃO / ? Tem história de problemas hepáticos ou sanguíneos?
 SIM / NÃO / ? Tem história de doença renal ou alguma vez fez diálise?
 SIM / NÃO / ? É diabético?
 SIM / NÃO / ? Tem hipertensão (tensão arterial elevada)?
 SIM / NÃO / ? Tem um feocromocitoma?
 SIM / NÃO / ? Toma coumadin/varfarina?

APENAS PARA TÉCNICOS:

Local de injeção: _____

Tipo/quantidade de contraste: _____

N.º de lote/
 Data de validade: _____

O paciente compreende a informação relativa ao agente de contraste: Sim Não

Certifico que, tanto quanto é do meu conhecimento, as respostas que dei às perguntas deste formulário são corretas. Li e compreendi na íntegra o conteúdo deste formulário e tive oportunidade de fazer perguntas sobre as informações que constam do mesmo.

Nome do paciente (em letra de imprensa bem legível): _____ PESO _____ ALTURA _____

Assinatura (paciente ou representante): _____ Data: _____ Hora: _____

Pessoal de controlo: _____ Acompanhante: _____

Controlo do paciente com um detetor de metal manual antes de entrar para a sala de RM. Iniciais: _____

18/5/2016 sms