

QUESTIONÁRIO PARA EXAMES DE RM DE PACIENTES INTERNADOS

NOME DO PACIENTE: _____

DATA DE NASC.: ____/____/____ RG _____ CNS _____

NOME DA MÃE: _____

ENDEREÇO: _____

Nº: _____ BAIRRO: _____ PESO _____ KG

IMPORTANTE: Este formulário deverá ser preenchido integralmente. Nele deverá constar assinatura e carimbo do médico responsável. O paciente ou responsável também deverá se identificar e assinar o consentimento informado que consta ao final da página.

1. Paciente está em isolamento? [] Sim [] Contato _____ [] Respiratório _____ [] Não
2. Paciente colabora com o exame? [] Sim [] Não
3. Está em tratamento ou tem doença previamente conhecida? [] Sim [] Não
Qual? _____
4. Cânula de Traqueostomia: [] Metal [] Plástico
5. Acesso venoso fácil? [] Sim [] Não
6. Fobia de lugar fechado? [] Sim [] Não
7. Tem ou já teve?
[] Bronquite [] Insuficiência Renal [] Asma [] Diabetes [] Pressão Alta [] Choque
[] Anafilático [] Crise de Apneia
8. Já apresentou algum tipo de alergia? [] Sim [] Não
Qual? _____
9. Respiração: [] Mecânica [] Ar Ambiente
10. Usa medicação por bomba de infusão controlada eletronicamente?
[] Sim [] Não Qual? _____
11. Já fez algum tipo de cirurgia?
[] Sim [] Não Qual? _____
12. Já fez ou está fazendo?
[] Quimioterapia [] Radioterapia [] Hormonioterapia
13. Taxa de Creatinina atualizada: _____
14. Possui algum item citado abaixo?
[] Marcapasso Cardíaco

- Clipes de Aneurisma - De qual tipo? _____
- Implante Metálico
- Aparelho Dentário
- Projétil de arma de fogo
- Stent - Há quanto tempo? _____
- Parafuso - Aonde? _____
- Pino - Aonde? _____
- Prótese Vascular/Ortopédica
- Válvula de Derivação Ventricular
- Válvula Cardíaca
- Cateter Subcutâneo para Quimioterapia
- Bolsa de Colostomia

15. Em caso de mulher:

Está grávida ou suspeita de gravidez? Sim Não

Está amamentando? Sim Não

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL

Declaro serem verdadeiras as respostas dadas as perguntas acima. Declaro ainda que li e entendi as informações, estando ciente das possíveis complicações inerentes ao(s) exames(s) solicitado(s) pelo médico, autorizo a sua realização inclusive com o uso de meio de contraste caso o radiologista julgue necessário.

Paciente ou Responsável pelas informações acima prestadas

Documento

Assinatura e carimbo do médico

Telefone para retorno () _____ falar com _____

O NIR ENVIARÁ O FORMULÁRIO PREENCHIDO PARA SRD MED VIA FAX 3232-6318 OU E-MAIL MARCACAO@SRD.MED.BR E ANEXAR CÓPIA PEDIDO MÉDICO.