QUESTIONÁRIO DE SEGURANÇA
IRM (imagem por ressonância magnética)

Nome de família: _____ Data de nascimento : ☐☐☐☐☐☐

Primeiro nome: _____ Peso : ____ kg

Altur : ____ cm

	SIM	NÃO
Já fez algum exame de ressonância magnética ?	☐	☐
É portador de um pacemaker ou de um neuroestimulador?	☐	☐
É portador de uma bomba de insulina?	☐	☐
Foi submetido a uma operação cirúrgica ao coração?	☐	☐
Foi submetido a uma intervenção cirúrgica ao cérebro?	☐	☐
Tem pedaços de metal no corpo?	☐	☐
• Implantes, próteses, válvula cardíaca, stents ou clips depois de uma cirurgia	☐	☐
• Estilhaços metálicos (em particular nos olhos)	☐	☐
• Dispositivo intra-uterino, piercing	☐	☐
Sofre de alergias ou de asma? Se sim, tipo: _____	☐	☐
Sofre de uma doença renal ou insuficiência renal?	☐	☐
Tem uma tatuagem ou maquilhagem permanente?	☐	☐
Usa aparelho auditivo?	☐	☐
Tem próteses dentárias?	☐	☐
Sofre de claustrofobia?	☐	☐
Usa algum sistema transdérmico?	☐	☐
Foi submetido a uma cirurgia na área que vai ser examinada? Se sim, tipo: _____ Quando ? ☐☐☐☐☐☐	☐	☐
Para as senhoras: Está grávida ou susceptível de estar?	☐	☐
Está em período de amamentação ?	☐	☐

Comentários ou informações adicionais? _____

_____

Com a minha assinatura, eu confirmo ter lido as informações sobre este exame e entendido e respondido corretamente a este questionário e dar o meu consentimento à realização do exame. Para uma melhor avaliação do meu caso, eu aceito que Affidea possa fazer um pedido dos meus antigos relatórios ou exames.

Assinatura do paciente: _____ Data : ☐☐☐☐☐☐