



## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

QUESTIONÁRIO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES

PACIENTE: \_\_\_\_\_ DATA DO EXAME: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

O exame radiológico foi solicitado para avaliação de seu estado de saúde e para determinar o tratamento mais adequado para o seu caso. O exame poderá ser realizado por meio de injeção na veia de um meio de contraste à base de iodo. Podem ocorrer reações alérgicas a este meio de contraste. Nosso Serviço de Radiologia e o Hospital Universitário têm pessoal e meios adequados para atuar sobre qualquer complicação. Só utilizamos o contraste não iônico que é o meio de contraste com menor probabilidade de reações alérgicas. O médico usará, se julgar necessário, medicamentos para prevenir reações.

Para isso é necessário, solicitamos que você responda às seguintes questões:

1. Já teve alguma reação alérgica após o uso de meio de contraste injetado na veia ou artéria (em exames de tomografia ou urologia, por exemplo)?  
( ) Não ( ) Sim **Que tipo de alergia?** \_\_\_\_\_
2. Tem ou teve algum tipo de alergia a poeira, medicamentos ou alimentos?  
( ) Não ( ) Sim **Que tipo de alergia?** Descreva: \_\_\_\_\_
3. Tem asma, bronquite ou rinite?  
( ) Não ( ) Sim **Qual(is)?** \_\_\_\_\_
4. Tem doença renal?  
( ) Não ( ) Sim **Qual(is)?** \_\_\_\_\_
5. Tem outras doenças como diabetes, doença da tireoide, pressão alta?  
( ) Não ( ) Sim **Qual(is)?** \_\_\_\_\_
6. Usa algum medicamento para diabetes ou outra doença crônica?  
( ) Não ( ) Sim **Qual(is)?** \_\_\_\_\_
7. Está grávida? ( ) Não ( ) Sim

### CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DO EXAME

Tendo compreendido as informações acima e respondido a este questionário, autorizo a administração na veia do meio de contraste para a realização do exame.

Florianópolis. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Assinatura do paciente ou familiar: \_\_\_\_\_

Dados do paciente: Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Médico responsável: \_\_\_\_\_