

Triagem de Segurança para IRM

Idade _____ Peso _____ Altura _____

Perguntas de saúde:

- Sim Não Você tem claustrofobia?
 Sim Não Você já teve câncer?
Se positivo, fez quimioterapia? Sim Não Radioterapia? Sim Não

Sim Não Já passou por cirurgia? Por favor, liste **todas** as cirurgias:

Cirurgia: _____ Esquerdo(a) Direito(a) N/A Data: _____

Cirurgia: _____ Esquerdo(a) Direito(a) N/A Data: _____

Cirurgia: _____ Esquerdo(a) Direito(a) N/A Data: _____

Antes de entrar na sala de ressonância magnética (RM), você deve remover todos os objetos metálicos, incluindo aparelhos auditivos, próteses dentárias, placas parciais, chaves, bipe, celular, óculos, grampos de cabelo, presilhas, joias, piercings corporais, relógio, alfinetes de segurança, cliques de papel, prendedores de dinheiro, cartões de crédito, cartões magnéticos, moedas, canetas, canivete de bolso, cortadores de unha, roupas com fechos metálicos e roupas com fios metálicos.

Por favor, consulte a equipe de IRM se você tiver alguma pergunta ou preocupação ANTES de entrar na sala do sistema de IRM.

Você tem algum dos seguintes?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Marca-passo, desfibrilador ou fios | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tornozeleira eletrônica ou dispositivo de rastreamento |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Implante de bomba, eletrodo, fio ou estimulador | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Molas ou fios para pálpebras |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Projétil, chumbinho, esfera de chumbo, estilhaços ou fragmentos metálicos | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tatuagem, maquiagem permanente nos olhos ou piercing no corpo |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sementes ou implantes radioativos em seu corpo | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Adesivo de medicamento |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Cliques de aneurisma | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Shunt |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Possível metal nos olhos | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Prótese |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Implante ocular, auricular ou coclear | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Parafusos, placas, substituições de articulações |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Prótese cardíaca, ocular ou peniana | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Monitor contínuo de glicose |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Grampos, cliques ou suturas | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Aparelho auditivo ou prótese dentária |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Expansores de tecido | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Outro (implante ou dispositivo não listado) |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Stent, coil ou filtro | |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Epidural, cateter Swan-Ganz ou porta | |

Perguntas de saúde:

- Sim Não Você tem alergias?
 Sim Não Você tem diabetes?
 Sim Não Você tem algum problema nos rins?

- Sim Não Você tem alguma alergia a contraste?
 Sim Não Você passou por cirurgia renal, você tem apenas 1 rim?

Para mulheres:

- Sim Não Há alguma possibilidade de você estar grávida?

Data do último período menstrual ___/___/___

- Pós-menopausa

- Sim Não Você está amamentando? (O teste e o corante não machucarão seu bebê).

- Sim Não Você tem DIU, diafragma ou pessário colocado?

Atesto que as informações acima estão corretas, tanto quanto é do meu conhecimento. Li e compreendi o conteúdo desse formulário e tive a oportunidade de fazer perguntas sobre as informações nele contidas e sobre o procedimento de ressonância magnética (RM) que estou prestes a realizar.

Nome da pessoa que preenche este formulário: _____ Data: _____ / _____ / _____

Formulário preenchido por: Paciente Parente Nome legível do(a) RN/MD. _____

Revisado por (somente equipe de IRM): (assinatura) _____

Equipe de IRM: (legível) _____ (Data) _____ / _____ / _____

ID do(a) intérprete: _____

Somente RN: equipamento de monitoramento/MR requerido? Sim Não