

Questionário antes do exame de IRM (ressonância magnética)

É portador(a) de material ou de um dispositivo médico ?		
- Pacemaker	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
- Neuroestimulador	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
- Bomba de insulina	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
- Outro , por exemplo : válvula cardíaca, stent, prótese articular ou auditivo, parafusos, placas, aparelho dentário fixo, aparelho dentário removível... ?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Se sim, quais :		
Sofre de claustrofobia ?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Foi submetido(a) a uma cirurgia cardíaca ou cerebral ? Se sim, quando :	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Tem pedaços de metal no corpo ou nos olhos ?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Usa um adesivo transdérmico ?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Sofre de insuficiência renal ?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Já fez alguma ressonância magnética ?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Já foi submetido(a) a uma injeção de contraste ?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Qual é o seu peso ? Kg		
Tem alergias ?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Se sim, quais :		
Tem tatuagem ou maquiagem permanente ?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Toma medicamentos :		
Anticoagulantes/antiagregantes	Para diabetes	Neurolépticos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Outros
		<input type="checkbox"/>

PARA AS MULHERES :

Está grávida ou susceptível de estar ?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Está em período de amamentação ?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

Responder unicamente antes da realização de uma IRM pélvica ou mamaria

Tem filhos ? SIM : Quantos ? __ NÃO

Nº de gestação (ões) : __ Foi submetida a uma cesariana : SIM NÃO

Está na ménopausa ?

SIM - Desde que idade ? __

NÃO - **Tratamento hormonal** ? SIM NÃO

NÃO - **Data da última menstruação** :

Tem antecedentes familiares de patologia mamária ou ovariana ? SIM NÃO

Se sim, quais :

Senhor Senhora Idade :

Apelido : Nome :

Os relatórios médicos e as imagens feitas no nosso centro serão transmitidos ao médico prescriptor do exame e a outros profissional de saúde mencionados na folha de prescrição. Médicos, hospitais, **CHUV ou HUG (hospitais universitários de Genebra)** frequentemente solicitam os resultados dos exames e imagens feitos no nosso centro.

Pela sua assinatura :

- Concorda que os relatórios médicos e imagens sejam enviados para eles enquanto está em tratamento com os mesmos, de acordo com o princípio da proporcionalidade.
- Concorda que o centro **Imagerie La Chaux-de-Fonds SA** possa solicitar relatórios ou imagens antigas necessárias para o estabelecimento do diagnóstico relacionado aos exames realizados nas nossas instalações, respeitando o princípio da proporcionalidade.

Data :

Assinatura :