

Ressonância Magnética (RM) | Informações, Preparação e Questionário

| HVFX:
| Nome:
| Nº SNS:
| Sexo: | Profissão:
| Data Nascimento:
| Nº Episódio:

ATENÇÃO

Se for portador de **Pacemaker Cardíaco**
AVISE!

Leia com atenção e solicite os esclarecimentos que considere necessários:

A Ressonância Magnética é um equipamento que desenvolve um forte campo magnético, que se comporta como um ímã gigante. É desaconselhado em mulheres grávidas até às 12 semanas de gestação.

Por questões de segurança antes de entrar na sala de exame, tem de retirar todos os objetos metálicos, como relógios, jóias, telemóvel, cartões bancários, moedas, chaves, piercings, ganchos, aparelhos auditivos, próteses removíveis, etc.

Durante o exame, deverá seguir as orientações do Técnico de Radiologia. A realização do exame demora entre 20 a 45 minutos, período este em que terá que permanecer numa posição confortável e imóvel. Qualquer movimento no decorrer do exame altera a qualidade das imagens.

Pode ser necessário injetar medicação para abrandar os movimentos do intestino e/ou produto de contraste numa veia (geralmente no braço). A decisão de injetar ou não produto de contraste será do Médico Radiologista ou Neurorradiologista, em função do que necessita estudar, garantindo a qualidade do diagnóstico.

Raramente ocorrem feitos secundários ligeiras e auto-limitadas, como erupção cutânea, cefaleias e náuseas ou vômitos.

Preparação: respeite um período de jejum de 4 horas.

Para RM-Enterografia compareça **1 hora** antes da marcação, para qualquer outra RM compareça 15 minutos antes da marcação.

Deve trazer sempre exames anteriores (Ecografias, TAC, Ressonância), o médico Radiologista / Neurorradiologista avalia melhor a evolução e deteção do seu problema, se puder comparar exames.

Por Favor, responda a este questionário:

É portador de "Pacemaker" Cardíaco ou Cardioversor Desfibrilhador Implantável (CDI)? Sim Não

Já foi operado? Sim Não Que tipo de cirurgia? _____ Ano(s): _____

Tem válvulas cardíacas ou clips metálicos cranianos, aórticos ou de aneurisma? Sim Não

Tem implante coclear, tubos metálicos nos ouvidos ou corpos metálicos oculares? Sim Não

Tem próteses articulares, placas ósseas ou parafusos? Sim Não

Tem limalhas, estilhaços metálicos ou esferas de acupuntura no corpo? Sim Não

Tem shunt espinal ou ventricular? Sim Não

Tem expansores mamários? Sim Não

Tem prótese dentária? Sim Não

Sofre de claustrofobia? Sim Não

Já realizou algum exame de Ressonância com injeção de contraste? Sim Não

Já teve alguma reação adversa ao contraste? Sim Não Quais? _____

Tem insuficiência cardíaca/antecedentes de enfarte? Sim Não

Tem asma, rinite alérgica ou outras alergias graves? Sim Não

Faz hemodiálise? Sim Não

Tem insuficiência renal? Sim Não Valor Creatinina: _____

A preencher no dia do exame:

Está grávida ou há a probabilidade de estar grávida? Sim Não Está a amamentar? Sim Não

Está em jejum? Sim Não **Peso?** _____ Kg **Altura?** _____ cm

Data: ___ / ___ / _____ **Assinatura Utente** ou Médico Requiritante*: _____

Validação do Técnico de Radiologia: _____ **Nº Mec:** _____

A Preencher pelo Utente ou Médico Requiritante*