

Formulário de Segurança de Imagem por Ressonância Magnética

IBILI, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Projecto nº:
Exame nº:
(preencher pelo serviço)

Apelido: _____ Nome: _____ Altura: _____ cm Peso: _____ kg

Data nascimento: ____ / ____ / ____ Telefone: _____ E-mail: _____

Endereço: _____ Localidade: _____

Código Postal: _____ Concelho: _____

Nome de Contacto de urgência: _____ Telefone: _____

Médico: _____ Endereço: _____ Telefone: _____

- Alguma vez foi submetida a alguma cirurgia e/ou algum procedimento invasivo? Sim Não (se sim, especifique em baixo)
Tipo: _____ Data: ____ / ____ / ____
Tipo: _____ Data: ____ / ____ / ____
- Alguma vez realizou algum exame de Imagem por Ressonância Magnética? Sim Não (se sim, especifique em baixo)
Área do corpo: _____ Data: ____ / ____ / ____ Local: _____
Área do corpo: _____ Data: ____ / ____ / ____ Local: _____
- Trabalhou como maquinista, com metal, ou lida com metal habitualmente? Sim Não
Teve algum ferimento no olho com metal (ex. lascas metálicas ou corpo estranho)? Sim Não
- Está grávida, poderá estar grávida, ou encontra-se a amamentar? Sim Não
- Sofre de anemia falciforme ou talassemia? Sim Não
- Tem pacemaker ou desfibrilhador cardíaco implantado? Sim Não

A Imagem por Ressonância Magnética (IRM) utiliza um campo magnético muito elevado, gradientes de campo magnético velozmente modificados e utilização de elevadas radiofrequências. Alguns objectos metálicos e electromagnéticos podem interferir com a realização do exame e até serem perigosos. Antes de ser autorizado a entrar, temos de saber se possui algum objecto metálico no seu corpo, aparelho electromagnético ou se se enquadra em algumas das circunstâncias abaixo referidas.

Por favor, responda de forma correcta.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Clip de aneurisma ou clip cerebral | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Fragmentos metálicos (ex. olho, crânio, corpo) |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Clamp vascular na artéria carótida | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Clip aórtico |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Neuro-estimulador | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Implantes metálicos ou em malha de arame |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Bomba de insulina ou de infusão | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Agrafos cirúrgicos ou suturas |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Implante coclear, canais auditivos ou implante auditivo | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Barras de Harrington (coluna) |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Próteses (olho/órbita, etc) | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Fixador, parafuso ou placa no osso/articulação |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Implante colocado por íman forte | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Peruca (remover antes de entrar) |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Próteses de válvulas cardíacas | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Cabelo postição |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Membro ou articulação artificial | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Aparelho auditivo (remover antes de entrar) |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Outros implantes no corpo ou na cabeça | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dentaduras (remover antes de entrar) |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Eléctrodos (corpo, cabeça ou cérebro) | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Implantes dentários |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Stents intravasculares, filtros ou outros dispositivos semelhantes | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Asma ou doenças respiratórias |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Shunt (Intraventricular ou cerebral) | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tonturas, epilepsia ou descoordenação motora |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Cateteres ou porta de acesso vascular | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Hospitalização por problemas mentais ou neurológicos |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dispositivo intra-uterino ou diafragma | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Traumatismo craniano |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Adesivos ou pensos terapêuticos (ex. Nicotina, Controlo Gravidez, dor, etc) | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Enxaqueca ou dor de cabeça migratória |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Estilhaços metálicos ou balas | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Ataques de pânico |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tatuagens | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Enfarte ou acidente vascular cerebral |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sombra ocular (remover antes de entrar) | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Problemas de saúde ao deitar-se de costas |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Piercings (remover antes de entrar) | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Problema em terminar exame de IRM prévio |
| | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Claustrofobia |

Por favor remova todos os objectos metálicos antes de entrar na sala de IRM incluindo: chaves, alfinetes para o cabelo, brincos, relógios, colares, pulseiras, canetas, cintos, botões metálicos, adereços metálicos (ex. broches, pins, etc), clips, moedas, faca de bolso e roupa com metal na sua constituição. É necessária protecção auditiva durante o exame de IRM.

Confirmo que a informação acima está correcta, de acordo com o meu melhor conhecimento. Li e compreendi todas as questões e termos referidos neste formulário. Foi-me concedida a oportunidade de colocar todas as questões que achei necessárias e as minhas dúvidas acerca deste formulário foram todas esclarecidas.

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

Conferido por: _____ Data: ____ / ____ / ____