

QUESTIONARIO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES PSMI e HOSPITAIS.

Nome:

Idade:

Convênio:

Exame solicitado:

Data:

Indicação clinica:

Profissional solicitante:

Condições clínicas do paciente:

“*” contra-indica o exame:

- * () instabilidade de órgão ou sistema orgânico
- * () necessidade de monitorização
- * () necessidade de suporte à vida
- * () alteração do nível de consciência
- * () agitação, pânico, claustrofobia
- * () marcapasso cardíaco
- * () válvula cardíaca artificial
- * () clamp de aneurisma cerebral
- * () filtro de vaso sanguínea (veia cava)
- * () cirurgias com implantes metálicos
- * () próteses ortopédicas
- * () prótese dentária/aparelho de surdez
- * () pinos, placas, parafusos ou fragmentos metálicos no corpo
- * () tatuagem/maquiagem definitiva

“*” contra-indica o contraste:

- * () alergia a medicamentos/asma
- * () insuficiência renal ou hepática
- * () transplante hepático
- * () gravidez

“*” condições limitantes:

- * () maca/cadeira de rodas
- * () uso de O2 suplementar
- * () extremos de idade
- * () deficiência mental

Responsável pelo transporte:

Responsável pelas informações prestadas:

Responsável pela autorização DMX SCAN: