

# 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 ( <b>remover antes de entrar</b> )            |
| <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 ( <b>remover antes de entrar</b> ) |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Outros implantes no corpo ou na cabeça                                      | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dentaduras ( <b>remover antes de entrar</b> )        |
| <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 ( <b>remover antes de entrar</b> )                            | <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 ( <b>remover antes de entrar</b> )                                | <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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_