

# QUESTIONÁRIO PARA O EXAME DE OMBRO

Nome \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

O preenchimento do questionário é indispensável para a realização do exame.

As suas respostas são mantidas em sigilo.

Caso tenha alguma dúvida ao preencher o questionário, dirija-se ao técnico do Ressonável, que terá total satisfação em ouvi-lo.

Já realizou o exame de ressonância magnética? NÃO ( ) SIM ( ) Quando? \_\_\_\_\_

Já apresentou problema com fagulhas nos olhos? NÃO ( ) SIM ( ) Já foi retirado? NÃO ( ) SIM ( )

Apresenta:

Problemas pulmonares? NÃO ( ) SIM ( ) Quais? \_\_\_\_\_

Problemas cardíacos? NÃO ( ) SIM ( ) Quais? \_\_\_\_\_

Uso de filtro sanguíneo? NÃO ( ) SIM ( )

Uso de marcapasso? NÃO ( ) SIM ( )

Uso de aparelho auditivo? NÃO ( ) SIM ( )

Uso de prótese dentária? NÃO ( ) SIM ( ) Móvel ( ) Fixa ( ) Aparelho ortodôntico ( )

Uso de prótese ocular? NÃO ( ) SIM ( )

Insuficiência renal? NÃO ( ) SIM ( )

Já realizou cirurgia nos rins? NÃO ( ) SIM ( )

Alguma outra doença renal? NÃO ( ) SIM ( ) Quais? \_\_\_\_\_

Claustrofobia? (medo de lugar fechado) NÃO ( ) SIM ( )

Tem alergia a medicamentos ou frutos do mar? NÃO ( ) SIM ( )

É portador de pinos, placas ou clips cirúrgicos? NÃO ( ) SIM ( ) Onde? \_\_\_\_\_

Tem tatuagem? NÃO ( ) SIM ( )

Mulheres:

Está grávida? NÃO ( ) SIM ( )

Faz uso de DIU? NÃO ( ) SIM ( )

Maquiagem permanente? NÃO ( ) SIM ( )

O exame deverá ser realizado no ombro Esquerdo ( ) Direito ( )

Por que está realizando este exame? \_\_\_\_\_

Já houve luxação do ombro? NÃO ( ) SIM ( ) Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Houve fratura? NÃO ( ) SIM ( )

Consegue levantar o braço acometido? NÃO ( ) SIM ( )

Consegue pentear os cabelos com o braço acometido? NÃO ( ) SIM ( )

Consegue colocar o braço acometido nas costas? NÃO ( ) SIM ( )

O ombro dói mais a noite? NÃO ( ) SIM ( )

Já realizou alguma cirurgia no ombro? NÃO ( ) SIM ( ) Qual? \_\_\_\_\_

Pratica alguma atividade física? NÃO ( ) SIM ( ) Qual? \_\_\_\_\_

Trabalha com algum movimento repetitivo que force o ombro? NÃO ( ) SIM ( ) Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Alguma observação? \_\_\_\_\_

Caso tenha exames anteriores relacionados ao exame de tornozelo, lembre-se de trazê-los no dia do seu agendamento.

Declaro que as informações acima prestadas são de minha total responsabilidade e expressam a verdade.

Data \_\_\_\_\_ Local \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_