

QUESTIONÁRIO PARA O EXAME DE CRÂNIO

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 ()

Por que está realizando este exame? _____

Tem dor de cabeça? NÃO () SIM () Há quanto tempo? _____

Tem ou já teve convulsão? Por que? _____

Tem zumbido nos ouvidos? NÃO () SIM ()

Já fez cirurgia do crânio? Por qual motivo? _____

Já teve trauma cerebral? (bateu a cabeça) NÃO () SIM () Há quanto tempo? _____

Tem problemas neurológicos? NÃO () SIM () Quais? _____

Já realizou quimioterapia ou radioterapia? NÃO () SIM ()

Tem pressão Alta () Baixa () Normal ()

Tem alguma doença como infecto, tumor, HIV, etc.? NÃO () SIM () Quais? _____

Alguma observação? _____

Caso tenha exames anteriores relacionados ao exame de crânio, 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 _____