QUESTIONÁRIO PARA O EXAME DE COLUNA CERVICAL

Nome _____ Altura _____ Peso _____

O preenchimente 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 Ressomóvel, 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 na coluna cervical? NÃO ( ) SIM ( ) Há quanto tempo? _____
Já fez cirurgia na coluna cervical? Por qual motivo? _____
Já teve trauma na coluna? (bateu a coluna) NÃO ( ) SIM ( ) Há quanto tempo? _____
A dor irradia para os braços? NÃO ( ) SIM ( ) Braço direito ( ) Braço esquerdo ( )
Sente os braços dormentes? NÃO ( ) SIM ( )
Sente os braços e os dedos formigarem? NÃO ( ) SIM ( )
Trabalha com alguma atividade que necessita de muito esforço físico? NÃO ( ) SIM ( ) Quais? _____

Alguma observação? _____

Caso tenha exames anteriores relacionados ao exame de coluna cervical, 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 _____