

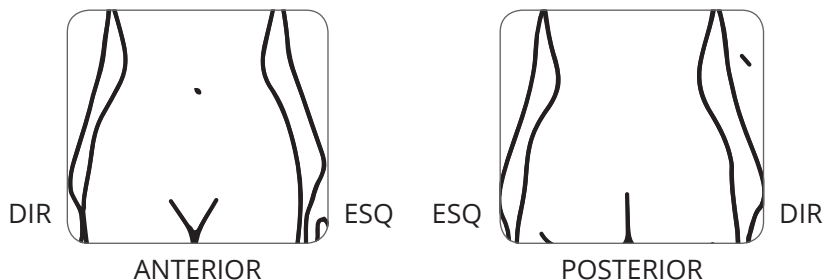
**Modalidade:** Ressonância Magnética

**Questionário:**  Abdômen  Pelve  Urorressonância



1- Explique o motivo pelo qual seu médico solicitou o exame:

2- Em caso de dor, marque o local no desenho e assinale os fatores associados, se houver (Marque 1 ou mais):



- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dor abdominal | <input type="checkbox"/> Dificuldade para evacuar | <input type="checkbox"/> Perda de peso | <input type="checkbox"/> Febre         |
| <input type="checkbox"/> Vômito        | <input type="checkbox"/> Dificuldade para urinar  | <input type="checkbox"/> Diarréia      | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |

3- Algum dos órgãos abaixo é o principal motivo do seu exame? (Marque 1 ou mais)

- |  |                                   |   |  |
|--|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fígado        | <input type="checkbox"/> Rins     | <input type="checkbox"/> Vasos sanguíneos | <input type="checkbox"/> Útero         |
| <input type="checkbox"/> Vesícula      | <input type="checkbox"/> Adrenais | <input type="checkbox"/> Estômago         | <input type="checkbox"/> Ovários       |
| <input type="checkbox"/> Vias Biliares | <input type="checkbox"/> Bexiga   | <input type="checkbox"/> Intestino        | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Baço          | <input type="checkbox"/> Pâncreas |   |  |

4- Na região examinada já houve:

a) Cirurgias ou procedimentos anteriores?  Não  Sim

Informe o que foi operado, o motivo e a data: \_\_\_\_\_

b) Em caso de neoplasia (tumor), informe se houve?

Radioterapia?  Não  Sim Quando? \_\_\_\_\_ Qual parte do corpo: \_\_\_\_\_

Quimioterapia?  Não  Sim Quando? \_\_\_\_\_

5- Assinale se apresentou alguma das doenças abaixo (Marque 1 ou mais):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hepatite - Que tipo: _____           | <input type="checkbox"/> Colecistite - Quando: _____         |
| <input type="checkbox"/> Pancreatite - Quando: _____          | <input type="checkbox"/> Diverticulite - Última crise: _____ |
| <input type="checkbox"/> Apendicite - Quando: _____           | <input type="checkbox"/> Cálculo Renal - Última crise: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pielonefrite - Quando: _____         | <input type="checkbox"/> Obstrução urinária - Quando: _____  |
| <input type="checkbox"/> Obstrução intestinal - Quando: _____ |  |

6- Tem exames anteriores da região a ser examinada?  Não  Sim

7- Medicamentos em uso: \_\_\_\_\_

8- É fumante?

Nunca fumei

Não, parei há \_\_\_\_\_

Sim - Há quanto tempo: \_\_\_\_\_ Quantos cigarros por dia: \_\_\_\_\_

9- Outras informações (doenças, cirurgias ou procedimentos): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Entrevistador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente ou Responsável

**PARA USO EXCLUSIVAMENTE INTERNO**

\_\_\_\_\_  
Técnico de Imagem - Protocolo

\_\_\_\_\_  
Médico Radiologista - Liberação