

Modalidade: Ressonância Magnética**Questionário:** Cardíaco**1- Explique o motivo pelo qual seu médico solicitou o exame:**

2- Outras indicações:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Isquemia (DIPI) | <input type="checkbox"/> Etiologia CMP | <input type="checkbox"/> Teste alterado |
| <input type="checkbox"/> Arritmias/DAVD | <input type="checkbox"/> Viabilidade/Duvida IAM | <input type="checkbox"/> Escore de cálcio |
| <input type="checkbox"/> Miocardite | <input type="checkbox"/> Cardiopatia congênita | <input type="checkbox"/> Massas e tumores |
| <input type="checkbox"/> Cardiomiopatia | <input type="checkbox"/> Avaliação de sintomas | |

Observações: _____
_____**3- Assinale se você apresenta:****a) FATORES DE RISCO**

- Sem F.R.
- HAS
- Dislipidemia
- Tabagismo
- Ex Tabagista (Longa data)
- Ex Tabagista (Recente)
- História Familiar
- Diabetes
- Intolerância a glicose

b) SINTOMAS

- Assintomático
- Dor precordial
- Relac. esforço
- Sem relac. esforço
- Melhora com repouso
- Cansaço
- Tonteira
- Síncope
- Palpitações

c) EXAMES ALTERADOS

- ECG
- ECO
- Holter
- Teste ergométrico
- Cintilografia
- RM Coração
- Angiotomografia
- CAT
- Marc. necrose

d) EVENTOS PRÉVIOS

- IAM
- AVC
- Trombose

e) INTERVENÇÃO

- CAT
- PTCA
- CABG

f) INTERNAÇÕES

- Internado
- Internado recente

Observações: _____
_____**4- Tem asma, bronquite ou alguma forma de alergia (inclusive a medicamentos)?** Não Sim

Qual: _____

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

6- Medicamentos em uso: _____

7- 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