

Modalidade: Ressonância Magnética

Questionário: Face Seios da Face Órbitas

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

2- Outros sintomas? (Marque 1 ou mais):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tosse | <input type="checkbox"/> Alteração do olfato |
| <input type="checkbox"/> Febre | <input type="checkbox"/> Obstrução nasal |
| <input type="checkbox"/> Desvio ocular | <input type="checkbox"/> Proptose - Lado: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dor facial | <input type="checkbox"/> Perda de visão - Lado: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sangramento Nasal | <input type="checkbox"/> Vermelhidão ocular - Lado: _____ |
| <input type="checkbox"/> Aumento do volume/ Edema facial | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |

3- Cirurgias ou procedimentos anteriores na região examinada da face: Não Sim

Informe o que foi operado, o motivo e a data: _____

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

Radioterapia? Não Sim Quando: _____

Quimioterapia? Não Sim Quando: _____

5- 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