

**Modalidade:** Ressonância Magnética

**Questionário:**  Punho  Mão  Dedo  
 Direito  Esquerdo

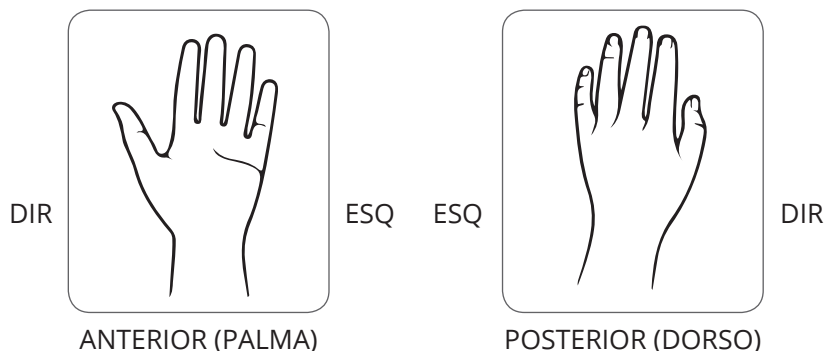


1- Explique o motivo pelo qual seu médico solicitou o exame:

---

---

2- Em caso de dor, marque o local no desenho e assinale os fatores associados, se houver:



- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Edema/Inchaço                | <input type="checkbox"/> Dor mesmo em repouso | <input type="checkbox"/> Dor aos movimentos     |
| <input type="checkbox"/> Limitação dos movimentos     | <input type="checkbox"/> Vermelhidão          | <input type="checkbox"/> Dormência/Formigamento |
| <input type="checkbox"/> Calor/aumento da temperatura | <input type="checkbox"/> Desvio dos dedos     |   |

3- Faz atividades repetidas com a região a ser examinada?  Não  Sim

Descreva melhor: \_\_\_\_\_

4- Alteração de sensibilidade?  Não  Sim

5- Na região examinada já houve:

a) Traumatismo?  Não  Sim  Recente  Antigo

Descreva melhor: \_\_\_\_\_

b) Cirurgias ou procedimentos anteriores na região examinada?  Não  Sim

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

---

6- Tem asma, bronquite ou alguma forma de alergia (inclusive a medicamentos)?  Não  Sim

Qual: \_\_\_\_\_

7- Tem insuficiência renal?  Não  Sim

8- Pratica esporte?  Não  Sim

Qual: \_\_\_\_\_

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