Questionário para o doente

Ressonância magnética (RM)

MEDIZINISCH
RADIOLOGISCHES
INSTITUT

Caro doente,

Uma vez que a ressonância magnética é efetuada num campo magnético forte, não deve ter ou usar no corpo determinados metais. Os aparelhos de controle eletrônico ou cartões de chip podem funcionar mal ou ser danificados pelo campo magnético. Por conseguinte, temos de lhe colocar as questões que se seguem, cuja compreensão e resposta nos deve ser confirmada por escrito.

Atenção!
Antes de entrar na sala de exame, deve tirar os seguintes objetos: relógio, bijuteria, carteira, porta-moedas, moedas, óculos, prótese dentária, aparelho auditivo, molas ou ganchos de cabelo e postiços. A informação dos cartões de crédito e de todos os cartões com banda magnética seria apagada ao entrar na sala de exame devido ao forte campo magnético. Pode deixar estes objetos num cofre instalado no guarda-roupa. Para o exame, é importante que dispa tudo até à roupa interior, pois muitos tecidos podem conter também metais. Se se fizer acompanhar por alguém na sala de exame, esta pessoa deve também cumprir as regras atrás indicadas!

Dependendo da sua situação, poderá ser necessária a administração de um meio de contraste intravenoso. São extremamente raros os casos de efeitos secundários em virtude do meio de contraste por nós utilizado.

Sobrenome:	
Primeiro nome:	
Data de nascimento:	

Por favor indique se usar/tiver um dos seguintes objetos no seu corpo?	**Sim**	**Não**
- Estimulador cardíaco (marca-passo) /Desfibrilador?	☐	☐
- Estimulador neurológico?	☐	☐
- Bomba de insulina / de medicamentos ou sensor de glicose?	☐	☐
- Implante coclear (Implante do ouvido interno)?	☐	☐
- Shunt ventrículo-peritoneal (VP-Shunt)?	☐	☐
- Clip de aneurisma das artérias cerebrais?	☐	☐
- Aparelho auditivo?	☐	☐
- Prótese dentária removível?	☐	☐
- Piercing/Tatuagem?	☐	☐
Sofreu de uma ferida metálica ou de bala?	☐	☐
Sofre de uma doença ou disfunção dos rins?	☐	☐
Sofre de alergias? Caso afirmativo: qual/quais?	☐	☐
Você já foi hospitalizado por causa de uma reação alérgica grave?	☐	☐

A sua altura: _____ cm **O seu peso:** _____ kg

Perguntas adicionais para doentes do sexo feminino	**Sim**	**Não**
Está gravida ou podia estar?	☐	☐
No caso de gravidez existente: em que mês?		
Está atualmente a amamentar?	☐	☐

Em caso de dúvida, poderá sempre colocar-nos qualquer questão.

Compreendi a informação veiculada, respondi escrupulosamente a todas as perguntas e autorizo a realização da RM.

Data:		Assinatura:		Rubrica do técnico de radiologia:	

Version 2.2, 24.11.2026