

Questionário/Informação para o doente

Indicações importantes sobre Dormicum (Midazolam)



MEDIZINISCH
RADIOLOGISCHES
INSTITUT

Cara/o Doente,

Dormicum (Midazolam) é um medicamento ansiolítico, sedativo e hipnótico, cuja ação diminui muito rapidamente. Não tem qualquer efeito analgésico. A semivida do medicamento no seu corpo é de cerca de 30 minutos. Pode ter uma eventual amnésia temporária (perda de memória) com a toma de Dormicum.

Em casos muito raros, Dormicum (Midazolam) pode provocar problemas respiratórios e queda da pressão arterial. Por este motivo, será monitorizada/o durante todo o exame. No caso de um efeito secundário inesperado, a ação de Dormicum (Midazolam) pode ser anulada de imediato através da administração de um antídoto.

Temos a obrigação de informar que a sua vigilância, capacidade de concentração e capacidade rodoviária ficam reduzidas após a administração de Dormicum (Midazolam).

Por este motivo, durante as 12 horas após o exame não deve participar ativamente no tráfego rodoviário, não deve conduzir veículos, assinar documentos importantes nem utilizar máquinas. Esta advertência é válida para todas as formas de apresentação de Dormicum (Midazolam).

Aconselhamos a efetuar a viagem de regresso a casa com um acompanhante.

Apelido:	<input type="text"/>
Nome próprio:	<input type="text"/>
Data de nascimento:	<input type="text"/>
Peso:	<input type="text"/> kg

Agradecemos que responda às seguintes perguntas

	Sim	Não
Sofre de síndrome de apneia obstrutiva do sono (problemas com a respiração durante o sono)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem problemas respiratórios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoje já tomou um calmante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sim: qual foi o medicamento?		

Dormicum i.v.*:	<input type="text"/> mg	Dormicum Nasenspray*:	<input type="text"/> Hübe/Seite
Datum*:	<input type="text"/>	Uhrzeit*:	<input type="text"/>

*a preencher pelo pessoal técnico

Se tiver mais questões, solicite a resposta às mesmas junto do médico ou médica responsável pelo exame. Eles estão à sua inteira disposição para a/o esclarecer!

Declaro que fui informada/o acerca da ação e riscos de Dormicum (Midazolam) e que irei agir de acordo com a informação facultada.

Data:	<input type="text"/>	Assinatura da/o doente:	<input type="text"/>	Médico:	<input type="text"/>
-------	----------------------	-------------------------	----------------------	---------	----------------------

