

(preencher quando não houver etiqueta)

Nome: _____

IH: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Idade: ____ anos ____ meses Leito: _____

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Leia com atenção as informações e orientações abaixo sobre o exame de Ressonância Magnética que você está prestes a realizar.

O que é a Ressonância Magnética?

É um exame que fornece imagens do corpo humano utilizando propriedades de um campo magnético e ondas de radiofrequência, portanto sem usar radiação ionizante. O aparelho de ressonância magnética é basicamente um potente imã, com um tubo cilíndrico no centro onde os clientes se deitam para a realização do exame, sendo submetidos a ondas de rádio que produzem sinais que, após o processamento pelo computador, formam imagens. O exame de ressonância magnética é seguro e indolor. No entanto, devido ao uso de um campo magnético de grande intensidade, objetos de metal (nas vestimentas ou implantes de materiais metálicos no organismo) podem ser perigosos e causar interferências nas imagens. Para evitar tais riscos e para sua segurança, um formulário deverá ser obrigatoriamente preenchido e assinado antes da realização do exame.

Como é o exame?

O cliente é posicionado no aparelho, sendo que a parte do corpo a ser estudada deverá estar no centro do tubo cilíndrico. É importante permanecer imóvel, pois qualquer movimentação resultará em imagens tremidas e o processo terá de ser repetido. Todos os equipamentos de ressonância magnética emitem ruídos muito altos. Por este motivo, são fornecidos protetores de orelha que reduzem tais ruídos. Estes níveis de ruídos e o tempo de exposição estão dentro do aceitável pelas principais sociedades de especialistas, não acarretando trauma acústico. Há um sistema de microfones, alto falantes e uma campainha que estarão permanentemente ativados durante a realização do exame, permitindo a comunicação imediata entre o cliente e o biomédico responsável que comanda o aparelho.

Duração aproximada: 20 a 60 minutos (depende da região a ser examinada).

Utilização de contraste:

Em alguns exames, é necessária a utilização de contraste, que é uma substância a base de gadolínio (diferente ao da tomografia, que é à base de iodo) administrada por injeção endovenosa mediante autorização prévia do cliente, sendo considerado bastante seguro. A necessidade de seu uso poderá vir diretamente expressa por seu médico ou identificada pelo médico radiologista antes ou durante o exame. Como ocorre com qualquer medicação ou substância exógena, há um pequeno risco de efeitos colaterais e reação alérgica, que na maioria das vezes é de grau leve. Nestas situações, nossas equipes médica e de enfermagem estão treinados para assisti-lo. Para evitar tais riscos e para sua segurança, um formulário deverá ser obrigatoriamente preenchido e assinado antes da realização do exame.

Eventual necessidade de complementação do exame:

Em alguns casos e a critério médico, poderá ser necessário o seu retorno para complementação do exame. Nossa equipe entrará em contato para agendar o eventual retorno, sem qualquer despesa adicional.

Interpretação correta do resultado:

O resultado de qualquer exame (imagem ou laboratorial), para ser corretamente interpretado, deve ser correlacionado com uma série de dados que seu médico possui. Desta forma, qualquer dúvida em relação ao resultado do exame deve ser levada diretamente ao seu médico. Nossa equipe médica também se coloca à disposição para prestar esclarecimentos e dar suporte na interpretação dos resultados do exame ao seu médico. Caso necessite de maiores esclarecimentos, por gentileza queira consultar nossas equipes de enfermagem e médica.

QUESTIONÁRIO

Esse questionário é obrigatório e deve ser preenchido por completo. São informações que auxiliarão a equipe médica na condução e análise de seu exame e de sua segurança. Tais informações permanecerão em sigilo médico.

Tem claustrofobia (medo/desconforto ao permanecer em lugares fechados) ☐ Sim ☐ Não

SEGURANÇA:

Você tem algum dos seguintes itens em seu corpo?

Marca-passo, fios de marca-passo ou desfibrilador.

☐ Sim ☐ Não

Clipes para aneurisma cerebral

☐ Sim ☐ Não

Neuroestimuladores implantados na coluna espinhal.

☐ Sim ☐ Não

Implante coclear, cirurgia de ouvido.

☐ Sim ☐ Não

Dentadura, prótese removível ou implante dentário.

☐ Sim ☐ Não

Stents

☐ Sim ☐ Não

Tatuagem / Maquiagem definitiva

☐ Sim ☐ Não

Piercing, ponto de acupuntura ou sutura metálica.

☐ Sim ☐ Não

Para realização do exame, será necessário retirar o piercing.

Cílios Postiços Magnéticos

☐ Sim ☐ Não

Algum fragmento metálico (projétil/arma de fogo)

Qual? _____

Qualquer outro objeto ou dispositivo implantado?

☐ Sim ☐ Não Se sim, qual? _____

UTILIZAÇÃO DE CONTRASTE:

Há quanto tempo está em jejum? _____

História de alguma reação ao contraste da ressonância?

☐ Sim ☐ Não

História de alguma outra alergia com necessidade de

tratamento? ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual? _____

Tem asma? ☐ Sim ☐ Não

FUNÇÃO RENAL:

Alguém já te disse que existe algum problema no funcionamento do seu rim?

☐ Sim ☐ Não

Alguém já te disse que você tem proteína na urina?

☐ Sim ☐ Não

Você tem pressão alta/toma remédio para pressão?

☐ Sim ☐ Não

Você tem diabetes/ toma remédio para diabetes?

☐ Sim ☐ Não

Você já fez transplante renal ou retirou um dos rins?

☐ Sim ☐ Não

Dosagem mais recente de creatinina sérica

(no sangue) ☐ Sim ☐ Não

Valor: _____ Data: _____

Caso haja a necessidade do contraste você permite sua utilização? ☐ Sim ☐ Não

Optar pela não utilização do contraste pode impactar na qualidade das imagens de seu exame, comprometendo a análise das imagens e diagnóstico.

Se for mulher: Existe a possibilidade de estar grávida? ☐ Sim ☐ Não

Está amamentando ou deu a luz recentemente? ☐ Sim ☐ Não

Utiliza anticoncepcional Oral ou DIU? ☐ Sim ☐ Não

Número de gestações e abortos: _____ Data da última menstruação: ____/____/____

Ciclos são regulares? ☐ Sim ☐ Não

Se for Homem: Já realizou biópsia de próstata? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, quando? _____ Valor de PSA: _____ Data: _____

Nome e telefone do médico solicitante: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

- Recebi informação sobre o exame, seus riscos e efeitos colaterais, bem como informações sobre o contraste que pode ser utilizado para a sua realização.
- Recebi informação também com relação aos cuidados que devo adotar antes e após a realização do exame.
- Autorizo a realização de procedimento de emergência se diante de situações imprevistas que venham a ocorrer.
- Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas sobre o exame.
- Estou ciente de que os resultados dos meus exames de ressonância magnética, desde que devidamente anonimizados, poderão ser utilizados pelo serviço para eventuais análises estatísticas e atividades educacionais e científicas, respeitando-se a legislação e os termos do Código de Ética Médica.
- Estou ciente que o serviço de radiologia do hospital possui ferramenta que disponibiliza o laudo deste exame em formato de vídeo. Autorizo a gravação e disponibilização do laudo deste exame em vídeo e o envio diretamente para o médico solicitante.

Confirmo que li as informações acima e concordo com a realização do procedimento.

Nome completo do paciente: _____

Representante legal (se aplicável): _____

Data: ____/____/____ Assinatura do Paciente/Responsável: _____

Biomédico

Enfermagem