

Pesquisa de Pacientes Alérgicos

Este questionário tem por objetivo identificar pacientes alérgicos ou potencialmente alérgicos que, ao realizarem estudos radiográficos necessitem utilizar contraste iodado, e, eventualmente, venham precisar de preparo e atendimento adequado.

Nome	Idade			Peso
Exame	<input type="checkbox"/> tomografia	<input type="checkbox"/> angiografia	<input type="checkbox"/> urografia	<input type="checkbox"/> Outros
1. Você tem algum tipo de alergia? Qual?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei	
2. Já utilizou contraste iodado endovenosamente ou por via oral? (tomografia computadorizada, arteriografia, urografia excretora, cateterismo cardíaco)	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei	
3. Já apresentou reação alérgica ao utilizar contraste iodado?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei	
4. Já apresentou alergia a medicamentos iodados por via oral ou cutânea (iodo, xarope para tosse tipo iodeto de potássio)?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei	
5. Tem alergia a alimentos? Quais?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei	
6. Tem alergia de pele (urticária)? Qual?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei	
7. Apresenta asma brônquica?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei	
8. Foi operado alguma vez? Do quê?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei	
9. É diabético?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei	
10. É cardíaco?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei	
11. Se for mulher, está grávida?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei	
12. DUM (Data da última menstruação) / /				
13. Tem doença renal grave? Qual?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei	
14. Existe alguma orientação do seu médico para que você não utilize contraste iodado? Qual?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei	
15. Possui problemas de tireóide?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei	
16. Possui bócio?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei	

Informações gerais sobre o exame radiológico com contraste iodado.

1. A injeção endovenosa de um contraste iodado permite melhor visualização dos órgãos internos. Os contrastes têm sido utilizados há muito tempo e são considerados bastante seguros.
2. Ocasionalmente pode ocorrer reação alérgica ao contraste, podendo ser leve como presenças de urticárias, ou mais raramente pode ocorrer uma reação séria ao contraste, como edema de laringe, espasmo brônquico e parada cardiorrespiratória (1 caso em 400.000). A equipe de saúde está preparada para o atendimento a tais reações.
3. Qualquer dúvida será esclarecida por qualquer pessoa de nossa equipe multidisciplinar.

Autorização

Declaro estar ciente das possíveis complicações inerentes ao procedimento e autorizo o uso de contraste para realização de exame radiológico.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 20____.

Assinatura Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____

Assinatura Médico

Nome: _____

RG/CPF: _____