

Entrevista para Realização do Exame (Paciente Alérgico)



Este questionário tem por objetivo identificar os pacientes alérgicos ou potencialmente alérgicos que, ao realizarem estudos radiográficos, necessitem utilizar contraste iodado e, eventualmente, venham a necessitar atendimentos específicos.

Nome: _____ Idade: _____

Exame: _____

01) Você tem algum tipo de alergia? Qual? _____

SIM NÃO NÃO SEI

02) Você já utilizou contraste iodado através de injeção venosa ou por via oral em exames, como, por exemplo: Tomografia Computadorizada, Arteriografia, Urografia Excretora, Colecistograma Oral?

SIM NÃO NÃO SEI

03) Você já apresentou reação alérgica ao utilizar contraste iodado?

SIM NÃO NÃO SEI

04) Você já apresentou alergia a medicamentos iodados por via oral ou cutânea (iodeto de potássio, iodo)?

SIM NÃO NÃO SEI

05) Você tem alergia a alimentos como camarão, peixe ou outros frutos do mar?

SIM NÃO NÃO SEI

06) Você tem alergia à sulfá?

SIM NÃO NÃO SEI

07) Você tem alergia à penicilina?

SIM NÃO NÃO SEI

08) Você tem alergia de pele (urticária)?

SIM NÃO NÃO SEI

09) Você apresenta rinite alérgica?

SIM NÃO NÃO SEI

10) Você apresenta asma brônquica?

SIM NÃO NÃO SEI

11) Você apresenta Diabetes Mellitus?

SIM NÃO NÃO SEI

12) Você apresenta insuficiência renal?

SIM NÃO NÃO SEI

13) Para outras informações que julgar necessário, utilize o espaço abaixo.

Comentários: _____

Data: ___/___/___

Assinatura do(a) paciente ou do(a) responsável

Identidade: nº e órgão emissor

Nome legível do(a) responsável **IMPORTANTE:**