



QUESTIONÁRIO: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME TOTAL, SUPERIOR E PELVE.

Nome do paciente: _____

Sexo: M () F () Idade: _____ Peso: _____ Nascimento: ___/___/___ Cód: _____

Qual motivo exame? _____

Sente alguma dor? () sim () não

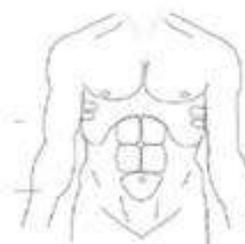
Onde? _____

Em caso de sim na pergunta anterior, qual o tipo da dor?

() com cólica () por todo o abdome ou pelve () com pontada () com queimação

Já fez alguma cirurgia? () sim () não

Em caso de sim para a pergunta anterior, qual e há quanto tempo?



Está com febre ou esteve com febre? () sim () não Há quanto tempo? _____

Você tem alguma doença conhecida? () sim () não Qual? _____

Usa bebidas alcoólicas? () sim () não Frequência? () todos os dias () finais de semana () esporadicamente

Teve algum trauma abdominal? () sim () não. Há quanto tempo? _____

É fumante? () sim () não. Há quanto tempo?

Usa alguma medicação diária? () sim () não. Qual? _____

Declaro que li e compreendi as informações acima e concordo com o procedimento.

Assinatura do paciente: _____

Itajubá, ___ / ___ / ___