



Questionário para pacientes em realização de Tomografia Computadorizada de Mastóides

Nome do paciente: _____ Cód: _____

Sexo: M () F () Idade: _____ Peso: _____ Nascimento: __/__/__

Qual o motivo da realização do exame?

Tem zumbido? () sim () não

De qual lado? _____

Já fez cirurgia do ouvido? () sim () não

De qual lado? _____

De que? _____

Outras informações que julgar necessárias:

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

Itajubá, __/__/__

Ass.: