

QUESTIONÁRIO: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO/
PARATIREOIDE

Nome do paciente: _____ Cód: _____

Sexo: M F Idade: ___ Peso: ___ Nascimento: ___/___/___

Qual o motivo da realização do exame?

Sofreu algum traumatismo? () sim () não

Apresenta dificuldade ao deglutir? () sim () não

Engasga com sólidos ou líquidos? () sim () não

Tem formigamento (parestesia) na região? () sim () não

Já fez cirurgia do pescoço / tireóide / paratireóide? () sim () não

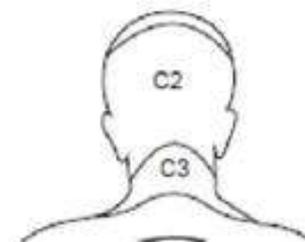
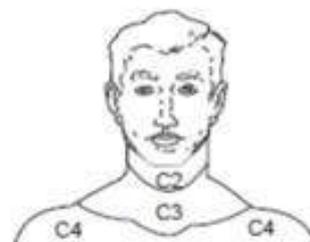
Motivo? _____

Há quanto tempo? _____

Já fez este exame antes? () sim () não

Qual o resultado? _____

Outras informações que julgar necessárias:



Ass: _____

Itajubá, ___/___/___