



RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (RM)

QUESTIONÁRIO DE SEGURANÇA E CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ADMINISTRAÇÃO DE CONTRASTE

Imp_crm _____ Edição ____ Data ____/____/____

OBS N.º _____

Data ____/____/____

Peso _____ kg

IMPORTANTE – A Ressonância Magnética utiliza um campo magnético muito intenso. Se é portador(a) de prótese/implante, não entre na sala sem supervisão. Não entre com objetos metálicos (relógio, brincos, pulseiras, chaves, etc.). Preencha com rigor; em caso de dúvida, fale com o técnico ou o médico radiologista.

Já fez alguma RM? Não ☐ Sim ☐ A quê _____Já foi operado(a)? Não ☐ Sim ☐ A quê _____

IMPLANTES E DISPOSITIVOS

RESPONDA COM UMA CRUZ (X)	NÃO	SIM
Tem pacemaker ou cardioversor-desfibrilhador implantável (CDI)?		
Tem válvulas cardíacas artificiais?		
Tem stents (próteses vasculares)?		
Tem clips ou coils de aneurisma (cerebrais, aórticos ou outros)?		
Tem aparelho auditivo e/ou implante coclear?		
Tem implante, prótese, placa e/ou aparelho dentário?		
Tem shunt ou válvula (espinhal ou ventricular)?		
Tem neuroestimulador ou bioestimulador?		
Tem próteses ortopédicas metálicas, placas, parafusos ou cavilhas?		
Tem bomba de infusão de medicamentos (interna ou externa, ex.: bomba de insulina)?		
Tem medidor de glicémia implantado ou subcutâneo?		
Tem dispositivo de perda de peso (banda ou balão gástrico)?		
Tem prótese peniana, prótese ocular ou mola/fio na pálpebra?		
Usa penso adesivo com medicação na pele (ex.: nicotina, nitroglicerina)?		
Tem limalha, chumbo de caça e/ou estilhaços no corpo?		
Já teve lesão no olho com objeto/fragmento metálico, OU trabalha(ou) com metais (soldador, serralheiro, torneiro)?		
Tem tatuagens e/ou piercings?		

Se tem algum implante/dispositivo, indique a marca/modelo e traga o respetivo cartão de implante: _____

SAÚDE E ALERGIAS

RESPONDA COM UMA CRUZ (X)	NÃO	SIM
Tem claustrofobia?		
Tem asma ou bronquite?		
Tem alguma alergia (medicamentos, alimentos, outros)?		
Tem insuficiência renal?		
Realiza hemodiálise?		
Já fez exames com injeção de contraste?		
Já teve alguma alergia ao contraste injetado?		

Se tem alergias, a quê? _____

**SE É DO SEXO FEMININO**

RESPONDA COM UMA CRUZ (X)	NÃO	SIM
Tem algum expansor mamário?		
Tem dispositivo intrauterino (DIU)?		
Está grávida?		
Está a amamentar?		

Se está grávida, de quanto tempo? _____

Antes de entrar na sala de exame retire todos os objetos metálicos e vista a bata fornecida. Dispositivos externos (ex.: bomba de insulina, sensor de glicémia externo) devem ser removidos ou geridos com o técnico. O questionário é revisto verbalmente pelo técnico de radiologia; em caso de dúvida, a decisão de realizar o exame cabe ao médico radiologista.

INFORMAÇÃO SOBRE O PRODUTO DE CONTRASTE

Por vezes, e para ajudar a detetar e/ou caracterizar lesões, é necessária a injeção de um produto de contraste na veia, com a sua autorização. O contraste utilizado na RM é um agente macrocíclico à base de gadolínio – do grupo de maior estabilidade e menor risco.

É geralmente bem tolerado, podendo ocorrer efeitos ligeiros e transitórios (dor de cabeça, náuseas, alterações do paladar ou reações no local da injeção). Com menor frequência, podem surgir reações alérgicas (erupções cutâneas, comichão) e, raramente, reações anafiláticas graves que requerem tratamento imediato (dificuldade respiratória, inchaço da face/garganta, alterações da tensão arterial) – a equipa está preparada para as tratar. Em doentes com doença renal grave preexistente, existe um risco raro de Fibrose Sistémica Nefrogénica (espessamento da pele, que pode afetar órgãos internos).

Função renal: para o produto utilizado (macrocíclico), não é necessária, por rotina, análise prévia da função renal; em caso de doença renal grave conhecida, a decisão é ponderada individualmente pelo médico. Gravidez: o contraste não é administrado por rotina – será confirmada a ausência de gravidez antes da administração e só será usado se for indispensável. Amamentação: pode continuar normalmente após o contraste.

CONSENTIMENTO**ASSINALE UMA DAS OPÇÕES COM UMA CRUZ (X):**

- ☐ AUTORIZO, em caso de necessidade, a administração intravenosa de produto de contraste.
- ☐ NÃO AUTORIZO a administração intravenosa de produto de contraste.

Declaro que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras e completas, que li e compreendi a informação sobre o produto de contraste e que confirmo a minha escolha, podendo revogar este consentimento a qualquer momento, mesmo depois de assinar.

Assinatura ou nome do(a) utente ou do(a) responsável legal	Data
	___/___/___
Na impossibilidade de ser o(a) utente a assinar – N.º de identificação	Grau de parentesco
Validado por (médico ou técnico radiologista)	Data
	___/___/___

A preencher pelo serviço – Produto de contraste administrado: _____ Dose: _____
Lote: _____

Proteção de dados: os dados recolhidos destinam-se exclusivamente à realização do exame, ao seu relatório e ao arquivo clínico, sendo tratados ao abrigo do RGPD (Regulamento (UE) 2016/679) e da Lei n.º 58/2019. Pode exercer os seus direitos de acesso, retificação e demais previstos na lei junto da CRMA (encarregado de proteção de dados).