

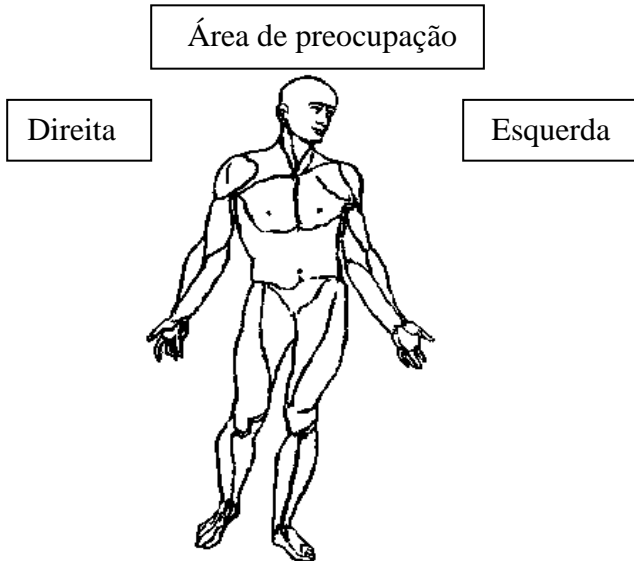


**RHODE ISLAND
MEDICAL IMAGING**

Ficha da história clínica do paciente de TC e RM

Data: _____

Marque as áreas da sua dor ou problema no diagrama.
(Pode escolher mais do que uma)



Nome do paciente: _____

Data de nascimento: _____

RM: _____

Confirmado o nome e a data de nascimento da paciente? _____

Assinale as áreas em análise.

Cérebro: Cérebro Olhos Orelhas Hipófise

Coluna: Cervical Dorsal Lombar

Tórax: Pulmões Coração/Cardíaca

Abdómen: Fígado Pâncreas Rins

Pélvis: Útero Ovários Próstata

Exame ortopédico:

Ombro Cotovelo Pulso Mão

Anca Joelho Tornozelo Pé

Vasos sanguíneos:

Cérebro Cervical Torácico

Abdominal Extremidades

Responda às seguintes perguntas o melhor que conseguir. Estas perguntas destinam-se a ajudar os nossos radiologistas na análise do seu estudo.

Explique os seus sintomas: _____

Quando/como se desenvolveu o problema? _____

Alguma vez foi submetida a qualquer tipo de cirurgia na área que vai ser examinada hoje? () Sim () Não

Se Sim, que tipo de cirurgia e quando? _____

Tem história de algum tipo de cancro? () Sim () Não

Se Sim, que tipo de cancro? _____

Quando e a que terapêutica foi submetida? _____

Alguma vez fez uma TC ou uma RM a esta área antes? () Sim () Não

Se Sim, quando e onde foi realizada a TC ou RM? _____

Onde foi realizado o exame? _____

Para pacientes do sexo feminino, está grávida, existe essa possibilidade ou está a amamentar? _____

Se for realizar hoje um TC, responda às seguintes questões.

Hábitos tabágicos: nunca fumou ainda fuma parou: há quanto tempo _____

Se fumou, quantos maços por dia? _____ Durante quanto tempo? _____