

Informação para os pacientes Ressonância Magnética Nuclear (RM, RMN, IRM)

Estimado(a) Paciente,

O seu médico assistente prescreveu-lhe um exame de Ressonância Magnética Nuclear. Antes de iniciar o exame, solicitamos-lhe que leia atentamente as indicações que se seguem e que no final responda ao questionário.

Em que consiste a Ressonância Magnética Nuclear?

O exame de Ressonância Magnética Nuclear é desde há muito uma técnica integrante do diagnóstico médico. Recorrendo à utilização de ondas de radiofrequência num forte campo magnético, são produzidas imagens de órgãos internos do corpo, sem empregar radiações X.

Como se realiza o exame?



O exame é executado com o paciente deitado, numa posição o mais confortável possível. Dependendo da parte do corpo a examinar, ser-lhe-ão aplicados no corpo ou nas articulações amplificadores de sinal (as ditas bobinas), sendo em seguida conduzido(a) lentamente para o interior do tubo circular, de forma a situar **a área do corpo a examinar no centro do campo magnético**. A duração do exame é de 30 a 60 minutos, consoante o tipo do mesmo. Não deve assustar-se com os diversos ruídos de batimentos, que fazem parte do funcionamento normal do aparelho. É importante que se mantenha calmo(a) e descontraído(a) durante o exame, já que qualquer movimento executado durante o período de medição poderá provocar perturbações na imagem. Nos intervalos da medição poderá comunicar connosco através de um interfone; além disso, terá à sua disposição uma

campainha. A fim de melhorar o contraste da imagem, poderá ser necessário antes do exame injetar um meio de contraste numa articulação ou durante o exame nas veias dos braços. O nosso pessoal médico qualificado dar-lhe-á informações sobre cada passo do exame e terá todo o gosto em responder a qualquer pergunta.

O que sucede depois de terminar o exame de RMN?

Após o exame, poderá retomar as suas atividades normais da forma habitual.

Os documentos relativos ao exame serão encaminhados diretamente para o médico assistente, que lhe comunicará os resultados na próxima consulta.

Para que o exame decorra sem qualquer risco, torna-se necessário tomar algumas medidas de precaução. Por esta razão, pedimos-lhe que responda às perguntas que se seguem e que confirme, com a sua assinatura, a exatidão das respetivas respostas.

Apelido(s): Nome(s) próprio(s):

Data de nascimento: Peso: kg Altura cm

É portador(a) de algum dos seguintes objetos?	Sim	Não
Estimulador cardíaco ou Pacemaker / Desfibrilador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estimulador neurológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bomba de medicamentos (Bomba de insulina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em caso afirmativo, em que ponto do corpo se encontra?:		
Aparelho auditivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implante coclear (Prótese auditiva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aparelho dental / Prótese dentária removível	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"Piercings"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tatuagens / Maquilhagem permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em caso afirmativo, desde quando:		
Adesivo medicinal (por ex., nicotina, Nitroderm, dores, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Já foi submetido(a) a alguma operação na área a examinar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em caso afirmativo, a quê:		
Quando:		
Já alguma vez foi operado(a) ao coração?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(p. ex., válvulas cardíacas artificiais, estimulador cardíaco, "stents")		
Em caso afirmativo, a quê:		
Quando:		
Hospital:		
Já alguma vez foi operado(a) à cabeça?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(p. ex., próteses vasculares / "stents", "clips" vasculares, espirais de platina/"coils")		
Em caso afirmativo, a quê:		
Quando:		
Hospital:		
Tem no corpo outros implantes, próteses ou peças metálicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em caso afirmativo, quais: onde: desde quando:		
Em caso afirmativo, quais: onde: desde quando:		
Em caso afirmativo, quais: onde: desde quando:		
Tem estilhaços de metal ou de granadas alojados nos olhos ou noutras partes do corpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em caso afirmativo, quais:		
desde quando:		

Perguntas médicas	Sim	Não
Sofre de perturbação da função renal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofre de alergias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofre de alergias?:		

Sofre de intolerâncias a medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em caso afirmativo, quais:		

Está a tomar medicamentos anticoagulantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Para as mulheres em idade fértil

É portadora de um dispositivo intrauterino (DIU)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em caso afirmativo, qual: <input type="checkbox"/> Espiral de cobre		
<input type="checkbox"/> Espiral com hormonas (Mirena)		
<input type="checkbox"/> Outro		

À exceção da espiral com hormonas (Mirena), após o exame RMN, a posição da espiral deverá ser controlada por um médico ginecologista (a fim de garantir a sua eficácia contraceptiva).

Pensa que pode estar grávida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está a amamentar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IMPORTANTE !!! Antes de entrar na sala da RMN, deve retirar os seguintes objetos:

Relógios, joias, cartões de crédito e outros cartões magnéticos, aparelhos auditivos, telemóveis, “piercings”, objetos metálicos (chaves, canivetes de bolso, isqueiros, moedas, **ganchos de cabelo**)

No caso de ter tomado um calmante (Dormicum, Temesta), **durante pelo menos 8 horas** deverá observar o seguinte:

- não conduzir quaisquer veículos nem operar com máquinas;
- não assinar documentos importantes (contratos, etc.);
- providenciar no sentido de alguém o acompanhar no caminho de regresso (inclusive no caso de se ter deslocado em transportes públicos).

Tomei conhecimento de que as imagens que me dizem respeito poderão ser sujeitas a avaliação de um médico consultor caso tal seja necessário.

Quando tem a sua próxima consulta médica?

Percebi as perguntas e respondi corretamente.

Data: Assinatura:

A preencher pelo pessoal técnico

Kreatinin: Clearence: Visum MTRA: