

QUESTIONÁRIO PARA O EXAME DE JOELHO

Nome _____ Altura _____ Peso _____

O preenchimento do questionário é indispensável para a realização do exame.

As suas respostas são mantidas em sigilo.

Caso tenha alguma dúvida ao preencher o questionário, dirija-se ao técnico do Ressomóvel, que terá total satisfação em ouvi-lo.

Já realizou o exame de ressonância magnética? NÃO () SIM () Quando? _____
Já apresentou problema com fagulhas nos olhos? NÃO () SIM () Já foi retirado? NÃO () SIM ()

Apresenta:

Problemas pulmonares?	NÃO ()	SIM ()	Quais?	_____	
Problemas cardíacos?	NÃO ()	SIM ()	Quais?	_____	
Uso de filtro sanguíneo?	NÃO ()	SIM ()			
Uso de marcapasso?	NÃO ()	SIM ()			
Uso de aparelho auditivo?	NÃO ()	SIM ()			
Uso de prótese dentária?	NÃO ()	SIM ()	Móvel ()	Fixa ()	Aparelho ortodôntico ()
Uso de prótese ocular?	NÃO ()	SIM ()			
Insuficiência renal?	NÃO ()	SIM ()			
Já realizou cirurgia nos rins?	NÃO ()	SIM ()			
Alguma outra doença renal?	NÃO ()	SIM ()	Quais?	_____	
Claustrofobia? (medo de lugar fechado)	NÃO ()	SIM ()			

Tem alergia a medicamentos ou frutos do mar? NÃO () SIM ()
É portador de pinos, placas ou clips cirúrgicos? NÃO () SIM () Onde? _____
Tem tatuagem? NÃO () SIM ()

Mulheres:

Está grávida?	NÃO ()	SIM ()
Faz uso de DIU?	NÃO ()	SIM ()
Maquiagem permanente?	NÃO ()	SIM ()

O exame deverá ser realizado no joelho Esquerdo () Direito ()

Por que está realizando este exame? _____

Torceu o joelho? NÃO () SIM () Para fora () Para dentro () Há quanto tempo? _____

Houve fratura? NÃO () SIM ()

Sente falseios ao caminhar? NÃO () SIM ()

Já realizou cirurgia no joelho? Por qual motivo? _____

Tem inchaço por movimentos repetitivos? NÃO () SIM ()

O joelho dói de qual lado? Na frente/ patela () Atrás () Lado de dentro () Lado de fora () Joelho todo ()

Pratica alguma atividade física? NÃO () SIM () Qual? _____

Qual a suspeita do médico? Lesão meniscal () Ligamento cruzado () Condropatia ()

Alguma observação? _____

Caso tenha exames anteriores relacionados ao exame de joelho, lembre-se de trazê-los no dia do seu agendamento.

Declaro que as informações acima prestadas são de minha total responsabilidade e expressam a verdade.

Data _____ Local _____ Assinatura _____

