

Questionário para o Exame de Coluna Cervical Ressor móvel

Nome: _____ Altura: _____

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 Ressor móvel**.

Já realizou 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

Por que está realizando este exame: _____

Tem dor na coluna cervical? ☐ Não ☐ Sim

Já fez cirurgia na coluna cervical? Por qual motivo? _____

Já teve trauma na coluna? (bateu a coluna) ☐ Não ☐ Sim

A dor irradia para os braços? ☐ Não ☐ Sim

Sente os braços dormentes? ☐ Não ☐ Sim

Sente os braços e os dedos formigarem? ☐ Não ☐ Sim

Trabalha com alguma atividade que necessite de muito esforço físico? ☐ Não ☐ Sim

Alguma observação? _____

Caso tenha exames anteriores relacionados ao exame de coluna cervical, lembre-se de trazê-lo no dia do seu agendamento.

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

Nome:

Assinatura:

Data:

Ressor móvel