

QUESTIONÁRIO PARA O EXAME DE TORNOZELO

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 tornozelo Esquerdo () Direito ()

Por que está realizando este exame? _____

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

Houve fratura? NÃO () SIM ()

Já realizou cirurgia no tornozelo? Por qual motivo? _____

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

O tornozelo dói de qual lado? Atrás () Lado de dentro () Lado de fora () Tornozelo todo ()

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

Alguma observação? _____

Caso tenha exames anteriores relacionados ao exame de tornozelo, 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 _____

