



PESQUISA DE PACIENTES ALÉRGICOS

Este questionário tem por objetivo identificar pacientes alérgicos ou potencialmente alérgicos que ao realizarem estudos radiográficos necessitem utilizar contraste iodado e eventualmente venham precisar de preparo e atendimento adequado.

NOME:

EXAME: | | TOMOGRAFIA | | UROGRAFIA

	SIM	NÃO	NÃO SEI
01 - Você tem algum tipo de alergia? Qual?			
02 - Você já utilizou contraste iodado endovenosamente ou por via oral (tomografia computadorizada, Arteriografia, Urografia Excretora, colecistograma Oral)?			
03 - Você já apresentou reação alérgica ao utilizar o contraste iodado ?			
04 - Você já apresentou alergia a medicamentos iodados por via oral ou cutânea (iodado de potássio, iodo)?			
05 - Você tem alergia a alimentos como camarão, peixe ou outros frutos do mar?			
06 - Você tem alergia a sulfa?			
07 - Você tem alergia a penicilina?			
08 - Você tem alergia de pele (urticária) ?			
09 - Você apresenta rinite alérgica ?			
10 - Você apresenta asma brônquica ?			
11 - Você esta grávida ?			
12 - Você tem certeza das respostas dadas ?			

DATA:

ASSINATURA DO PACIENTE

**ATENÇÃO: NÃO SUSPENDER NENHUMA MEDICAÇÃO ORIENTADA PELO SEU MÉDICO
(PRESSÃO, CORAÇÃO, DIABETE, ETC.)**