

Este questionário tem por objetivo identificar paciente alérgicos ou potencialmente alérgico ao uso de contraste radiológico iodado.

QUESTIONÁRIO

01. Em pacientes do sexo feminino: Há suspeita de gravidez?

() Sim () Não

02. Você tem algum tipo de alergia? () Sim () Não () Não sei

Qual _____

03. Você já utilizou contraste iodado endovenoso ou por via oral? (Tomografia computadorizada, arteriografia, colecistograma oral, cateterismo cardíaco, urografia excretora).

() Sim () Não () Não sei

04. Você já apresentou reação alérgica ao utilizar contraste iodado

() Sim () Não () Não sei

05. Você já apresentou alergia a medicamentos iodados por via oral ou cutânea (iodeto de potássio, iodo?)

() Sim () Não () Não sei

06. Você tem alergia a alimentos como camarão, peixe ou outro fruto do mar?

() Sim () Não () Não sei

07. Você tem alergia a sulfas? () Sim () Não () Não sei

08. Você tem alergia a penicilina? () Sim () Não () Não sei

09. Você tem alergia de pele (urticária)? () Sim () Não () Não sei

10. Você apresenta asma brônquica? () Sim () Não () Não sei

11. Você é diabético? () Sim () Não () Não sei

12. Você é cardíaco? () Sim () Não () Não sei

Profissional responsável: _____

Assinatura do Paciente

Itajubá/MG, _____ de _____ de _____.