

UROGRAFIA EXCRETORA – LEIA COM ATENÇÃO

A clínica Dr. Mario Marcio deseja oferecer a seus pacientes a máxima segurança na realização de seus exames.

A UROGRAFIA EXCRETORA é um método de investigação diagnóstica que usa a emissão de Raios X na aquisição de imagens para estudo das vias urinárias.

Na execução desse exame faz-se necessária a aplicação do contraste. Trata-se de um líquido que é injetado em uma veia do paciente. Esse líquido é isento de quaisquer substâncias radioativas, porém contém iodo em sua fórmula básica que pode causar reações alérgicas, segundo o grau de sensibilidade de cada pessoa. Essas reações são classificadas na literatura em leves, moderadas e graves.

Durante o exame você será acompanhado (a) por profissionais especializado e, apesar de todos os cuidados, eventuais reações de intolerância ao contraste poderão ocorrer.

Com o objetivo de avaliar seu potencial alérgico, solicitamos-lhe que preencha o questionário abaixo.

Não hesite em perguntar o que achar necessário ou informar sobre algo que considere importante.

| | SIM | NÃO | NÃO SEI |
|--|-----|-----|---------|
| 1. Já teve alergia ou intoxicação a algum alimento como: camarão, caranguejo ou frutos do mar? | () | () | () |
| 2. Possui urticária ou alergia de pele? | () | () | () |
| 3. Tem asma ou bronquite alérgica? | () | () | () |
| 4. Tem alergia a algum medicamento? Qual? _____ | () | () | () |
| 5. já fez uso de algum medicamento que possua iodo como: Castanhodo, Iodeto de Potássio, Iodepol? | () | () | () |
| 6. Já realizou algum exame com uso e contraste iodado como Urografia ou Tomografia? | () | () | () |
| 7. Teve reações alérgicas ao contraste? | () | () | () |
| 8. Tem insuficiência cardíaca? | () | () | () |
| 9. Tem diabetes? | () | () | () |
| 10. Tem insuficiência renal? | () | () | () |
| 11. Está grávida? | () | () | () |

Afirmo serem verdadeiras essas informações e autorizo a realização do(s) exame(s).

Fortaleza, ____ / ____ / ____ Para o dia ____ / ____ / ____ Horário ____ : ____

Exame marcado por _____
Assinatura do paciente ou responsável