

## HISTEROSSALPINGOGRAFIA – LEIA COM ATENÇÃO

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

A HISTEROSSALPINGOGRAFIA é um exame que estuda o útero e as trompas com a emissão de Raios X. Na execução desse, faz-se necessária a introdução de um contraste líquido pelo orifício externo do colo do útero. 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 acompanhada pelo médico e por profissionais especializados 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.**

1º DIA DO CICLO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.                      SIM      NÃO      NÃO SEI

- |  |     |     |     |
|--|-----|-----|-----|
| 1. Já teve alergia ou intoxicação a algum alimento como:<br>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?<br>Qual? _____   | ( ) | ( ) | ( ) |
| 5. Já fez uso de algum medicamento que possua iodo como:<br>Castanhodo, Iodeto de Potássio, Iodepol? | ( ) | ( ) | ( ) |
| 6. Já realizou algum exame com uso de contraste iodado como<br>Urografia ou Tomografia?              | ( ) | ( ) | ( ) |
| 7. Teve reações alérgicas ao contraste?  | ( ) | ( ) | ( ) |
| 8. 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