



Questionário para pacientes em realização de Tomografia Computadorizada do Crânio

Nome: _____ Cód: _____

Sexo: M () F () Idade: ___ Peso: ___ Nascimento: ___/___/___

Este questionário tem por objetivo auxiliar o médico radiologista na interpretação do seu exame, permitindo uma avaliação mais precisa das possíveis alterações.

1. Por qual motivo seu médico solicitou este exame:

2. Já teve derrame cerebral? Ficou com algum lado paralisado?

() Sim. () Não. () Lado esquerdo () Lado direito

3. Já sofreu algum traumatismo craniano grave (pancada na cabeça)? Há quanto tempo?

4. Resposta de você apresenta algum dos sintomas seguintes:

() Dor de cabeça () Convulsões / Desmaios () Esquecimento () Tonturas

5. Já foi submetida (o) a alguma cirurgia na cabeça?

Declaro que li e compreendi as informações acima e concordo com o procedimento.

Itajubá, ___/___/___ Ass: _____