



## 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: \_\_\_\_\_