



Questionário para pacientes em realização de Tomografia Computadorizada do Seios da Face

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.

Qual o motivo da realização do exame?

O senhor (a) tem secreção nasal?

() sim () não

O senhor (a) tem obstrução nasal?

() sim () não

Já fez cirurgia nos seios da face?

() sim () não

De que? _____

Outras informações que julgar necessárias:

Marque com um X onde sente dor.



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

Itajubá, __/__/__ Ass.: _____