



Questionário Informativo para Exames Radiológicos com uso de Contraste Iodado

Desenvolvido por FOCO Serv de Radiodiagnóstico

Serviço de Radiodiagnóstico	Nome:	Idade:	Data:
	Sim	Não	
Já fez uso de Contraste Iodado			(☐) Tomografia (☐) Angiografia (☐) Urografia
Teve alguma reação ao contraste			Reação: _____ Contraste: _____
Tem algum tipo de alergia			a que? _____
Alergia alimentar			(☐) Peixe, (☐) Camarão, (☐) Frutos do mar/ Outros:
Diabetes Mellitus tipo 2			
Problema Cardíaco (☐) HAS			Medicação: _____
* Faz uso de METFORMINA ou derivados			Qual horário da última dose: _____ Dia: _____
Síndrome do Ovário Policístico			
Doença Renal			(☐) Creatinina < 1,5 mg/dl. (☐) Uréia < 45 mg/dl.
Asma ou Bronquite			(☐) Uso de "bombinha"
Doença Hepática (Fígado)			Qual: _____
Miastenia Gravis			
Feocromocitoma			
Hipertireoidismo			
Tabagista			
Fez uso de antialérgicos antes do exame			(☐) Corticóides (☐) Anti histamínicos

Cirurgia Recente Data: _____ Descrição: _____

Dor local _____

O Contraste é a base de Iodo e ajuda a diferenciar estruturas anormais das normais além de demonstrar a irrigação sanguínea da região a ser estudada. Por ter alta concentração de iodo, pode desencadear reação alérgica, por este motivo, há sempre um médico responsável próximo além de toda a medicação necessária.

O Contraste é eliminado 90% já na próxima urina (com funcionamento renal normal).

Nota: Hidratação - tomar 2 litros de líquidos diários nas 48h pós exame contrastado.

Entrar em contato com o serviço de radiologia caso haja redução do volume urinário nas 48h pós exame.

Estou ciente dos riscos de alergia e/ou reações adversas, e dos benefícios a utilização dos Meios de Contrastes e

aceito seu uso: _____ (☐) Paciente ou (☐) Responsável
(assinatura)

* Derivados de **Metformina** - Glifage, Glucoformin, Dimefor, Metformed, Starform, Glucovance, Meguanin, Galvus Met
No caso de uso de Metformina suspender o uso 48 horas antes e retomar o uso 48 horas após o exame
(Avisar o médico que prescreveu a Metformina sobre a solicitação da suspensão do medicamento)

Profilaxia medicamentosa: (No caso de alergia prévia diagnosticada no agendamento)
Prednisona (**Meticorten**) 50 mg – 13, 7 e 1 hora antes do exame;
Cloridrato de Fexofenadina (**Allegra**) 180 mg 1 hora antes do exame.

Atualmente não há **testes** laboratoriais ou cutâneos profiláticos a serem realizados rotineiramente antes dos exames com contrastes iodados. O uso de dose-teste antes da administração endovenosa não é recomendado.

Contraste Utilizado: _____

Volume Utilizado: _____ ml

Enfermagem: _____

Uso Exclusivo do Setor de Imagem

Desenvolvido por FOCO Serv de Radiodiagnóstico - Baseado nas instruções publicadas no livro AVR - Assistência à Vida em Radiologia 2001

Preenchimento obrigatório em caso de reação sofrida pelo paciente

Classificação de Reações aos Meios de Contrastes

A. Reação adversa a medicamento é a ocorrência de qualquer efeito da medicação que não seja benéfico ao paciente em termos terapêutico, diagnóstico ou profilático.

B. Reação Alérgica é uma resposta exagerada de um paciente que reage com a substância administrada.

1. Reações Leves

Reações Leves

() Náusea/Vômito () Rubor () Exantema () Tremores
() Mal estar () Sudorese () Cefaléia leve () Outros:

2. Reações Moderadas

() Dispnéia () Edema Facial () Broncoespasmo () Dor no Tórax ou Abdome
() Hipertensão/Hipotensão () Urticária Intensa () Laringoespasmo () Mudança na Frequência Cardíaca

3. Reações Graves

() Edema Pulmonar () Inconsciência () Edema de Glote () Parada Cardio-respiratória

4. Fatal () Colapso Fatal

Horário da infusão: _____ Horário dos primeiros sintomas: _____

Tratamento Dispensado:

() Verificação de vias aéreas e coloração cutânea
() administração de O₂ a 100%, decúbito dorsal com os membros inferiores elevados para melhor retorno venoso
() Massagem cardíaca

Medicação: Hidrocortisona : _____ mg Horário: _____

Adrenalina (_____)mg Horário: _____ Decadrom (_____)mg Horário: _____

Medicação: _____ Dosagem: _____ Horário: _____

Medicação: _____ Dosagem: _____ Horário: _____

Evolução clínica: _____

_____ Saída: _____

Técnico/Tecnólogo: _____ Radiologista: _____

Médico plantonista: _____ Médico Auxiliar: _____

Encaminhado à ANVISA. (www.anvisa.gov.br/servicos/form/farmaco/index_prof.htm) Por: _____