

**DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA**

**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA REGIÃO DE TRONCO, MEMBROS COLUNA TORÁCICA E COLUNA LOMBO SACRA**

Orientado por: \_\_\_\_\_

**PARA REALIZAR O EXAME É NECESSÁRIO:**

- Paciente menor de 18 anos e maiores de 65 anos ou não conscientes e orientados **DEVERÃO** com acompanhante **maior de 18 anos portando seus documentos pessoais (RG e CPF), caso contrário o exame não será realizado;**
- Paciente que fizer uso de Clip de Aneurisma, Marcapasso Cardíaco, Próteses Vasculares (*Stent*) a menos de 3 meses e prótese metálica cardíaca Aparelho Ortodôntico (Aparelho Dentário) **NÃO REALIZARÁ O EXAME;**
- Pesar mais de **140kg NÃO PODERÁ REALIZAR O EXAME;**
- Paciente tem que estar consciente, orientado e colaborativo; e
- Gestante, deverá trazer **TERMO DE CONSENTIMENTO** da gestação para realização do exame do médico solicitante e/ ou do seu obstetra.

**PREPARO PARA REALIZAR O EXAME**

**ATENÇÃO:**

**ATENÇÃO em caso de ALERGIAS GRAVES (asma, bronquite e medicamentos com iodo e contraste) solicitar preparo antialérgico.**

Se fizer uso de **BOMBINHA** deverá trazê-la e realizar o preparo antialérgico.

**O PACIENTE QUE NÃO REALIZAR O PREPARO E OU NÃO TROUXER A BOMBINHA TERÁ QUE REMARCAR O EXAME.**

**ATENÇÃO:** NO DIA O EXAME NÃO UTILIZAR: MAQUIAGEM, NÃO VIR COM O CABELO MOLHADO (CREME E/OU GEL NO CABELO PARA **HOMENS E MULHERES**).

**Mãe que estiver amamentando** SUSPENDER A AMAMENTAÇÃO POR UM PERÍODO DE 24 HORAS APÓS A REALIZAÇÃO DO EXAME COM CONTRASTE ENDOVENOSO (sugerimos que o leite seja coletado e armazenado antes do exame para posteriormente ser usado pelo bebê).

**ATESTADO MÉDICO:** Caso necessário atestado para paciente e/ou acompanhante **solicitar antes da realização do exame.**

**Avise caso não possa comparecer ao exame, para que outro paciente seja atendido. Se o seu atendimento foi agendado pela Unidade Básica de Saúde, procure a mesma para cancelar e reagendar. Se foi feito pelo próprio AME, ligue 17/3426-6000.**