

DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO E COLUNA CERVICAL

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 deve trazer todos os exames de imagem realizados anteriormente da área estudada;
- Paciente que fizer uso de Clip de Aneurisma, Marca-passo Cardíaco, Próteses Vasculares (Stent) a menos de 3 meses, próteses metálicas cardíacas e 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.**

Aviso 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.