

**FICHA DE ANAMNESE E AVALIAÇÃO DO RISCO DE ALERGIA  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA**

**PACIENTE:**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

**PREPARO:**

( ) Acesso venoso periférico cateter tamanho: \_\_\_\_\_ Quantidade de contraste utilizado: \_\_\_\_\_ ml

( ) Antialérgico: \_\_\_\_\_ Valor de sua creatinina sérica? \_\_\_\_\_

( ) Jejum : \_\_\_\_\_

( ) Suspendeu metformina (48 horas antes e 48 horas após o exame): \_\_\_\_\_

( ) Não gestante: \_\_\_\_\_

**Parte Geral**

Motivo do exame:

---

---

Doenças conhecidas: ( ) Não ( ) Sim, qual?

---

Cirurgias e procedimentos realizados: ( ) Não ( ) Sim, qual?

---

Medicamentos de uso regular: ( ) Não ( ) Sim, qual?

---

**Avaliação do risco de alergia**

Já realizou algum exame com contraste iodado endovenoso na veia? ( ) Não ( ) Sim, qual?

---

Apresentou alguma reação adversa? ( ) Não ( ) Sim, qual?

---

Tem alguma alergia conhecida a alimento ou medicamento? ( ) Não ( ) Sim, qual?

---

Santo Antônio da Patrulha, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Técnico

\_\_\_\_\_  
Paciente

