

## Questionário para equipe técnica: Esvaziamento Gástrico

- **Nome Completo:** \_\_\_\_\_
- **Data do Exame:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

### Preparo do Paciente:

- **Paciente comeu pela última vez:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_ h
- **Glicemia pré-refeição (se diabético):** \_\_\_\_\_ mg/dL **Horário:** \_\_\_\_:\_\_\_\_ h
- **Medicação(ões) suspensa(s):** \_\_\_\_\_  
-----

### Refeição: Idealmente em até 10 minutos

- **Início da Alimentação:** \_\_\_\_:\_\_\_\_
- **Término da Alimentação:** \_\_\_\_:\_\_\_\_
- **Tipo de Refeição:**
  - Padrão (clara de ovo)
  - Alternativa (especificar): \_\_\_\_\_  
-----  
-----
  - Líquida (especificar): \_\_\_\_\_  
-----  
-----
- **O paciente comeu toda a refeição? [ ] Sim [ ] Não**
  - Se não, descreva: \_\_\_\_\_  
-----  
-----

### Radiofármaco:

- **Tipo:**
  - 99mTc-sulfeto coloidal
  - Outro (especificar): \_\_\_\_\_  
-----
- **Atividade:** \_\_\_\_\_ mCi

**Registro de Imagens:**

Horário Previsto	Horário Real
0 min	
60 min	
120 min	
240 min	

**Observações:**

- **O paciente apresentou algum sintoma?**

\*  Não

\*  Sim (especificar): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_