



## 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:
  - ☐  $^{99m}\text{Tc}$ -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): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_