

Frågeformulär inför datortomografiundersökning

Nedanstående frågor avser att minimera risk för biverkningar, framförallt njurskador, då intravenösa kontrastmedel används vid undersökningen.

Namn:..... Personnummer:.....

Längd:..... Vikt:..... Avdelning:.....

• Har du fått kontrastmedel tidigare? JA NEJ

• Är du allergisk mot kontrastmedel? JA NEJ

Om ja, hur och när (årtal) reagerade du?.....

Om JA - KONTAKTA RÖNTGENAVDELNINGEN INNAN UNDERSÖKNING

• Har du diabetes eller PCOS (polycystiskt ovariesyndrom)? JA NEJ

Om ja, vilket/vilka läkemedel används?.....

• Har du astma? JA NEJ

Om ja, ta med din astmamedicin/inhalator

• Har du Myastenia Gravis? JA NEJ

(mycket ovanlig neuromuskulär sjukdom)

Om JA - KONTAKTA RÖNTGENAVDELNINGEN INNAN UNDERSÖKNING

• Ska du utredas för knölstruma/giftstruma (sköldkörteln)? JA NEJ

• Har du nyligen gjort en röntgenundersökning med kontrast? JA NEJ

• Har du de senaste 7 dagarna fått behandling med
cytostatika i blodbanan? JA NEJ

• Kvinna: Är du gravid? JA NEJ

Om JA - KONTAKTA RÖNTGENAVDELNINGEN INNAN UNDERSÖKNING

Ev. allergiska reaktioner efter undersökningen ska meddelas till röntgenavdelningen.

.....
Datum

.....
Underskrift läkare/sjuksköterska

Behöver du kontakta oss eller har frågor gällande formuläret?

Tel DT-lab Skövde: 0500-431355