

Formulär datortomografi (DT)

Nedanstående frågor avser att minimera risk för biverkningar, framför allt 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?.....

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 någon känd njursjukdom? JA NEJ

- 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

Eventuella allergiska reaktioner efter undersökningen ska meddelas till röntgenavdelningen.

.....
Datum

.....
Underskrift läkare/sjuksköterska

Behöver du kontakta oss eller har frågor gällande formuläret?

Telefon DT-lab Skövde: 0500-431355