

Beställningsblankett Pt filtrering Iohexol

Blankett

Beställare	Personnummer och namn	
Rem läkare	Adress	
Extrasvar	Telefon	
Kliniska uppgifter (anamnes, frågeställning, läkemedel)		
Patientens kön: <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Kvinna	Vikt: _____ kg	Längd: _____ cm
Senaste S/P-Kreatinin _____ µmol/L	Datum: _____	
Senaste GFR _____ mL/min/1,73m ²	Datum: _____	
Är patienten överkänslig mot kontrastmedel (Omnipaque)?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Är patienten jodöverkänslig?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Är patienten ödemisk / annan vätskeansamling?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, _____
Har patienten fått kontrastmedel de senaste 3 dygnen?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, datum _____
Har patienten varit på scintigrafi de senaste 3 dygnen?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, datum _____
Utförs som: <input type="checkbox"/> Enpunkts bel. _____ timmar <input type="checkbox"/> Flerpunkts bel. _____ timmar Sign: _____		
Belastningsdatum _____ <u>Exakt tidpunkt</u> för injektion kl _____	Injicerad i arm: <input type="checkbox"/> vänster <input type="checkbox"/> höger	
Injicerad mängd Omnipaque™ 300 mg I/mL; Volym: _____ mL	Omnipaque™ (Batchnr etikett)	
Ev. vägd spruta före inj. _____ g - efter inj. _____ g = _____ g		
Utfört av _____ Mott/Avd _____	Efterprovtagning skall tas i arm: <input type="checkbox"/> vänster <input type="checkbox"/> höger	
<u>Exakt tidpunkt</u> för efterprovtagning:		
Enpunkts bel: Rör A kl _____ Rör B kl _____		
Flerpunkts bel: Rör A kl _____ Rör B kl _____ Rör C kl _____ Rör D kl _____		
Utfört av _____ Mott/Avd _____		