



## Beställningsblankett Pt-Filtrering Iohexol

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 <sup>2</sup>		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, _____
Är patienten rullstolsburen?		<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Har patienten genomgått någon amputation?		<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, _____
Har patienten fått kontrastmedel de senaste 3 dyggen?		<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, datum _____
Har patienten varit på scintigrafi de senaste 3 dyggen?		<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 _____		Exakt tidpunkt för injektion kl _____	
Injicerad mängd Omnipaque™ 300 mg I/mL; Volym: _____ mL			
Ev. vägd spruta före inj. _____ g - efter inj. _____ g = _____ g			
Utfört av _____		Mott/Avd _____	
Exakt tidpunkt för efterprovtagning:			
Enpunkts bel: Rör A kl _____			
Flerpunkts bel: Rör A kl _____		Rör B kl _____	
Rör C kl _____			
Utfört av _____		Mott/Avd _____	
		Injicerad i arm: <input type="checkbox"/> vänster <input type="checkbox"/> höger	
		Omnipaque™ (Batchnr etikett)	
		Efterprovtagning skall tas i arm: <input type="checkbox"/> vänster <input type="checkbox"/> höger	