

OBRAZAC ZA PROCJENU RIZIKA PRIMJENE JODNIH KONTRASTNIH SREDSTAVA

Za odjelne pacijente: Molim Vas odgovorite točno na slijedeća pitanja kako bi se pravovremeno na odgovarajući način procijenio rizik od izvođenja radiološke pretrage na koju se upućujete temeljem odgovora na pitanja u ovom obrascu!

Za ambulantne bolesnike: NEKA VAM VAŠ OBITELJSKI LIJEČNIK/ICA ILI LIJEČNIK/ICA KOJI JE PREPORUČIO/LA PRETRAGU POMOEGNE U ISPUNJAVANJU OVOG OBRASCA!

NARUDŽBA ZA TRAŽENU PRETRAGU SE NEĆE PRIHVATITI BEZ ISPUNJENOG OBRASCA JER OBRAZAC SADRŽI IZNIMNO VAŽNE PODATKE ZA PROCJENU RIZIKA OD PRIMJENE KONTRASTNOG SREDSTVA PO PACIJENTA!

1. Anamnestički podatci za umjerenu ili jaku alergijsku reakciju na jodni kontrast
2. Alergijska reakcija na druge tvari koja je zahtijevala primjenu lijekova
3. Astma
4. Hipertireoza
5. Srčano zatajenje
6. Šećerna bolest
7. Anamneza za bubrežne bolesti
8. Prethodni kirurški zahvati na bubrezima
9. Proteinurija
10. Hipertenzija
11. Struma

DA NE

	DA	NE

Vrijednost serumskog kreatinina i eGFR _____ Datum mjerenja _____

Da li pacijent uzima neki od lijekova:

Metformin (npr. Glucophage, Belformin, Siofor, Gluformin, Aglurab, itd.) ili kombinacija s metforminom (Vipdomet, Eucreas, Janumet, Vilsprox, Xigduo, Competact, itd.)

Interleukin 2

NSAIL (nesteroidni protuupalni lijekovi – npr.Brufen, Voltaren...)

Aminoglikozide (Gentamicin, Amikacin, Neomycin, Streptomycin, Netilmicin, Tobramicin...)

DA NE

	DA	NE

***Potpis i pečat liječnika koji je pomogao u ispunjavanju obrasca**