ŽUPANIJSKA BOLNICA ČAKOVEC

ODJEL ZA RADIOLOGIJU I ULTRAZVUK

O-RTG-01.2

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 POMOGNE 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

Ime i prezime pacijenta:_____ **Datum rođenja:** _____

KONTRASTNOG SREDSTVA PO PACIJENTA!

	DA	NE
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	☐	☐

Vrijednost serumskog kreatinina i eGFR _____ Datum mjerenja _____

Da li pacijent uzima neki od lijekova:	DA	NE
Metformin (npr. Glucophage, Belformin, Siofor, Gluformin, Aglurab, itd.) ili kombinacija s metformninom (Vipdomet, Eucreas, Janumet, Vilspox, Xigduo, Competact, itd.)	☐	☐
Interleukin 2	☐	☐
NSAIL (nesteroidni protuupalni lijekovi – npr.Brufen, Voltaren…)	☐	☐
Aminoglikozide (Gentamicin,Amikacin,Neomycin,Streptomycin, Netilmicin, Tobramicin…)	☐	☐

_____

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

***OBRAZAC JE NEVAŽEĆI BEZ POTPISA I PEČATA**