

Průvodka k intravenosnímu podání jodové kontrastní látky

Zaškrtn te odpovídající volbu, dopl te požadované údaje.

Jméno a příjmení pacienta:

Rodné číslo:

1) Alergie v anamnéze

Ne

Ano, na

forma reakce

Polyvalentní alergie - forma reakce

Astma

2) V minulosti podána jodová kontrastní látka:

Ne

Ano s alergickou reakcí na jodovou k.l.

Ne

Ano, na

3) Nefropatie v anamnéze

Ne

Ano

4) Hladina kreatininu ne starší než 3 měsíce

 $\mu\text{mol/l}$

5) Diabetes

Ne

Ano

- perorální antidiabetika

Ne

Ano, vysazeny 48.hod před vyš.

- na inzulinu

Ne

Ano

6) Mnohočetný myelom

Ne

Ano

7) Thyreotoxikóza v anamnéze

Ne

Ano, podána thyreostatika 3 dny před vyšetřením s pokračováním 2 týdny po vyšetření

Probíhající, nebo plánovaná léčba radiojódem

8) Pacient poučen o

- principech a rizicích aplikace kontrastní látky

Ano

- přípravě k vyšetření (medikace, hydratace, řízení motorových vozidel)

Ano

9) Vydáno

Ne

Ano

 ks. tablet Prednison mg

Datum, razítko a podpis indikujícího lékaře

.....