

UPITNIK ZA PREGLED S RADIOLOŠKIM KONTRASTNIM SREDSTVOM I INFORMIRANI PRISTANAK (CT, RENDGEN)

Ime i prezime Datum rođenja

Vrsta pregleda Datum pregleda Visina Težina

Prije radiološkog pregleda, sa ili bez primjene kontrastnog sredstva, potrebno je ispuniti upitnik u daljnjem tekstu. U slučaju pitanja/potrebnog pojašnjenja, obratite se radiološkom tehnologu koji će obaviti pregled.

1. Jeste li ikada imali bilo kakve štetne reakcije nakon injekcije kontrastnog sredstva za CT ili rendgen?	DA	NE
2. Imate li bilo kakvu poznatu alergiju na:		
a. Lijekove	DA	NE
b. Hranu	DA	NE
c. Ostalo (navedite)	DA	NE
3. Jeste li primili bilo koje kontrastno sredstvo u posljednja 24 sata?	DA	NE
4. Imate li bilo koje od sljedećih stanja?		
a. Hipertireoza	DA	NE
b. Astma	DA	NE
c. Srčano zatajenje	DA	NE
d. Diabetes mellitus	DA	NE
e. Hipertenzija	DA	NE
f. Ulozi (giht)	DA	NE
g. Bubrežna bolest (uključujući operaciju bubrega, transplantaciju bubrega)	DA	NE
5. Uzimate li sada bilo koje od ovih lijekova:		
a. Metformin (Glucophage)	DA	NE
b. Interleukin 2	DA	NE
c. Nesteroidne protuupalne lijekove	DA	NE
d. Aminoglikozide	DA	NE
e. Beta-blokatore	DA	NE
6. Imate li nedavni (do 4 tjedna) nalaz kreatinina?	DA	NE
7. (za pacijentice):		
a. Jeste li trudni ili postoji bilo kakva mogućnost da ste trudni?	DA	NE
b. Dojite li?	DA	NE

Potvrđujem da sam u cijelosti informiran o svim stadijima procesa poduzimanja predmetnog radiološkog snimanja, uključivo i o primjeni kontrastnog sredstva i vezanim rizicima, slijedom čega **pristajem** na predmetni zdravstveni pregled **uz primjenu kontrastnog sredstva**, te dodatno potvrđujem da je zatraženi prijedlog u cijelosti medicinski indiciran i preporučen te u skladu s mojim pristankom na njegovo poduzimanje.

Ne pristajem na gore navedeni pregled

Potvrđujem da sam u cijelosti informiran o svim stadijima procesa poduzimanja predmetnog radiološkog snimanja, uključivo i o primjeni kontrastnog sredstva i vezanim rizicima, slijedom čega **pristajem** na predmetni zdravstveni pregled ali **bez primjene kontrastnog sredstva**, te dodatno potvrđujem da je zatraženi prijedlog u cijelosti medicinski indiciran i preporučen te u skladu s mojim pristankom na njegovo poduzimanje.

Ime pacijenta ili zakonskog predstavnika: _____

Potpis pacijenta (ili zakonskog predstavnika): _____

(za radiološkog tehnologa)

(oznaka kontrastnog sredstva)

SeCre: _____

eGFR: _____

Ime i prezime radiološkog tehnologa:

Potpis radiološkog tehnologa: