АНКЕТА ПАЦИЕНТА РЕНТГЕН

Для уточнения Вашего состояния просим Вас внимательно ознакомиться с анкетой и ответить на поставленные вопросы.
Просим Вас поставить галочку в соответствующей графе, наиболее точно соответствующей Вашему текущему состоянию:

		да	нет
Беременны ли Вы, или подозреваете беременность? Кормите ли Вы грудью?			
Вас когда-нибудь оперировали ранее?			
Проходили ли Вы когда-либо рентгеновское исследование с контрастированием (компьютерная томография, экскреторная урография, ангиография)?			
Была ли у Вас когда-либо реакция на контрастный препарат во время проведения рентгеновского исследования с контрастом (компьютерная томография, экскреторная урография, ангиография)?			
Страдаете ли Вы аллергией?			
Страдаете ли Вы заболеваниями?	Сахарный диабет		
	Болезни почек		
	Заболевания сердца, стенокардия		
	Заболевания щитовидной железы		
	Астма		
	Болезни печени		
	Заболевания мочевого пузыря/простаты		
	Заболевания головного мозга		
Были ли у Вас судорожные припадки?			
Есть ли у Вас анемия или другие заболевания крови?			
Были ли у Вас (или есть) онкологические заболевания?			
Проходите (или проходили ранее) ли Вы химиотерапию, лучевую терапию?			

Ранее выполненные обследования:

ПРОЦЕДУРА	ДАТА И ОБЛАСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ
Компьютерная томография	
Радиоизотопная диагностика (ПЭТ, ОФЭКТ, сцинтиграфия)	

Принимаете ли Вы в настоящее время какие-либо из перечисленных лекарственных препаратов (так как их применение является относительным противопоказанием к введению контраста):

	да	нет
Глюкофаж, Сиофор		
Метформин		
Авандамет		
Амарил-М		
Глиформин		
Глибомет		

Если было отмечено хотя бы одно «да», рентгеновское исследование с контрастированием может быть противопоказано. Приведенная выше информация будет просмотрена перед определением возможности выполнения исследования.

Укажите массу Вашего тела: _____ кг

Я подтверждаю, что приведенная выше информация, насколько мне известно, верна. Я прочел (прочла) и понял (поняла) содержание всей этой формы и имел (имела) возможность задать вопросы об информации на этой форме, и согласен (согласна) на проведение исследования. Я предупрежден(а) о возможности развития аллергических реакций на введение контрастного препарата.

Дата: «_____»_____г.

Подпись пациента: _____/ФИО/_____

Подпись врача/рентгенолаборанта: _____