

CT IV Contrast Patient History and Consent

يعتمد سائل من حقنة كإعطاء إلى نحتاج قد ، به القيام على تو شك الذي الفحص من كجزء دقيق تشخيص إجراء على قدرتنا تحسين لأنه الفحص من مهم جزء هذا ال يوجد على قلئسألنم ددع كان هدف (يرخأةيودأيلثم) بما أن هناك احتمال ضئيل لمتأثيرات الضارة من ال يوجد نحتاج إلى طرحها. التي

حديث؟ هل أجريت أي تصوير مقطعي إجراء الفحص؟ إذا كانت الإجابة بـ نعم ، فأين تم

لا

نعم فعلا

ال يوجد في الماضي؟ حقن هل سبق لك أن حصلت على ضائفة؟ إذا كانت الإجابة بـ نعم ، هل كان لديك أي تأثيرات إذا كانت مثلًا طفح ، الحكة ، صعوبة التنفس ، إلخ. الإجابة بـ نعم ، يرجى التوضيح ...

لا

نعم فعلا

هل لديك حساسية ضد أي شيء؟ ذكر .. إذا كانت الإجابة بـ نعم ، يرجى

لا

نعم فعلا

هل لديك الربو؟ إذا كانت الإجابة بـ نعم ، ما هي الأدوية التي تتناولها لعلاج الربو؟

لا

نعم فعلا

التالي؟ من أي لديك هي

- مرض الكلى
- داء السكري
- الماي لوما المتعددة
- نشاط الغدة فرط نشاط الغدة الدرقي (فرط الدرقي)

لا

نعم فعلا

حامل؟ يمكن أن تكوني هل أنت أو هل الرضاعة الطبيعية؟ هل أنت في الوقت الحالي

لا

نعم فعلا

الميتوبترول الثم؟ Beta Blockers هل تتعامل حاليًا مع

لا

نعم فعلا

لقد أجبت على جميع الأسئلة أعلاه على قدر استطاعتني وأذا وافق على حقن ال يوجد إذا لزم الأمر.

لا

نعم فعلا

المرضى اسم

المرضى توقيع

تاريخ

Office Use Only

Contrast Label	Volume:	Flow Rate:	Radiographer:
----------------	---------	------------	---------------