



Patient Label

CT IV Contrast Patient History and Consent

作为您即将进行的检查的一部分，我们可能需要给您注射基于碘的液体。这是考试的重要部分，因为它提高了我们做出准确诊断的能力。

由于碘的不良反应可能性很小（与其他药物一样），我们需要提出一些问题。

	是	没有
你有最近的CT扫描吗？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
你有没有碘注射？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
如果是，你有任何不良影响吗？ 例如皮疹，瘙痒，呼吸困难等。如果是，请解释.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
你对任何人过敏吗？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
如果是，请列出.....		
你有哮喘吗？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
如果是的话，你服用什么药物治疗哮喘？		
<hr/>		
你有以下任何一种吗？		
• 肾脏疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 多发性骨髓瘤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 甲亢（甲状腺功能亢进）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
你或者你能怀孕吗？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
你现在是母乳喂养吗？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您目前正在服用Beta Blockers吗？例如美托洛尔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
我已尽最大努力回答了上述所有问题，如果需要，我同意接受碘注射。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

患者姓名 _____ 患者签名 _____ 日期 _____

Office Use Only

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