**Kérdőív**

Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni!

Név:…………………………………………………………...

Születési dátum:………………………………………...

TAJ szám:……………………………………………………

**gadolínium tartalmú MR kontrasztanyag beadásához**

**(A beutaló orvos által kitöltendő)**

1. Előfordult-e MR kontrasztanyag hatására létrejött közepes vagy súlyos reakció az anamnézisben?

igen/nem

2. Előfordult-e kezelést igénylő allergia az anamnézisben?

igen/nem

3. Előfordult-e asthma az anamnézisben?

igen/nem

4. Szenved-e végstádiumú veseelégtelenségben (eGFR < 30 ml/min/1,73 m2) vagy dializált-e a beteg?

igen/nem

5. Vannak-e csökkent vesefunkciós értékei a betegnek\*? (eGFR 30-60 ml/min/1,73m2 között)

igen/nem

\* csak NSF kialakulására nagy rizikójú kontrasztanyagok használata esetén szükséges kérdés

6. Jelen terhességről tud-e?

igen/nem

Kitöltötte (beutaló orvos):........................................................................................................................

Dátum: