**Kérdőív**

Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni!

Név:…………………………………………………………...

Születési dátum:………………………………………...

TAJ szám:……………………………………………………

**jódtartalmú (CT, DSA) kontrasztanyag beadásához**

**(A beutaló orvos által kitöltendő)**

1. Jódtartalmú 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. Előfordult-e hyperthyreosis?

igen/nem

5. Előfordult-e szívelégtelenség?

igen/nem

6. Előfordult-e cukorbetegség?

igen/nem

7. Előfordult-e vesebetegség az anamnézisben?

igen/nem

8. Előfordult-e korábbi vese műtét?

igen/nem

9. Előfordult-e proteinuria az anamnézisben?

igen/nem

10. Előfordult-e hypertonia?

igen/nem

11. Előfordult-e köszvény?

igen/nem

12. Legutóbbi serum kreatinin mérés
 értéke:
 dátuma:

13. Az alábbi gyógyszerek közül a beteg jelenleg szedi-e bármelyiket? (kérem bekarikázni, ha szedi)

Metformin

Interleukin 2

Nonszteroid gyulladásgátlók

 Aminoglikozidok

 Béta-blokkolók

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

Dátum: