OPĆA ŽUPANIJSKA BOLNICA VINKOVCI

ODJEL ZA RADIOLOGIJU

IME I PREZIME PACIJENTA _____ DATUM ROĐENJA _____

ODJEL/AMB_____ ADRESA I TEL. _____ TJELESNA TEŽINA_____

Pitanja koja slijede pažljivo pročitajte i odgovorite zaokruživanjem ponuđenih odgovora. O pažljivom ispunjavanju navedenih pitanja ovisi kvaliteta pregleda i Vaša sigurnost pri izvođenju ove pretrage.

JESTE LI TRUDNI ILI POSTOJI MOGUĆNOST TRUDNOĆE ? DA NE

JESTE LI ALERGIČNI NA KONTRASTNA SREDSTVA – JOD ? DA NE

Na praznu liniju unesite ostale alergije (prašina, lijekovi, pelud...) _____

BOLUJETE LI OD BOLESTI ŠTITNJAČE ? DA NE

Ako uzimate lijek za štitnjaču navedite ime lijeka _____

BOLUJETE LI OD POVIŠENOG TLAKA I DA LI STE UZELI LIJEK ? DA NE RR _____

BOLUJETE LI OD TEŽIH SRČANIH ILI BUBREŽNIH BOLESTI ? DA NE

BOLUJETE LI OD ŠEĆERNE BOLESTI ? DA NE

Ako uzimate lijek za šećernu bolest, navedite ime lijeka _____

Sukladno članku 26. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, upoznat-a sam s koristi, mogućim komplikacijama i neugodama planirane pretrage.

Potvrđujem da su gore navedeni odgovori istiniti, te da sam, u slučaju medicinske indikacije, suglasan-na sa primjenom i.v. kontrastnog sredstva što i vlastoručno potpisujem.

DATUM PRETRAGE **POTPIS PACIJENTA (SKRBNIKA)**

_____ _____

ISPUNJAVA OSOBLJE ODJELA ZA RADIOLOGIJU

VRIJEDNOSTI UREE I KREATININA _____ DATUM NALAZA _____

VRSTA PRETRAGE I DIO TIJELA _____ KONTRAST (vrsta i doza) _____

Ako bolesnik nije u stanju potpisati upitnik, navedite zašto te tko se umjesto njega potpisao i jamči istinitost podataka _____

POTPIS NADLEŽNOG RADIOLOGA