

## Frågor att besvara inför röntgenundersökning med jodkontrastmedel

Vid röntgenundersökning används kontrastmedel som sprutas in i blodkärlet. Risken för biverkningar är mycket låg, men för säkerhets skull ber vi dig besvara nedanstående frågor.

- |  | Ja   | Nej  |
|--|--|--|
| <b>1. Kvinnor: Är du gravid?</b><br>Om Ja, kontakta röntgen.   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
| <b>2. Har du tidigare fått kontrastmedel insprutat i ett blodkärl?</b><br><b>Om ja, fick du någon reaktion, biverkning av detta?</b><br>Om ja, ta kontakt med röntgen. | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| <b>3. Har du astma</b><br>Om du har astma, var god ta med din astmamedicin till undersökningen.  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
| <b>4. Har du haft någon allvarlig allergisk reaktion?</b><br>Om du haft en allvarlig allergisk reaktion var god kontakta röntgen.                                      | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
| <b>5. Har du diabetes?</b>   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
| <b>6. Använder du tabletter som innehåller metformin?</b><br>Medicin som kan ges mot diabetes och polycystisk ovarialsyndrom.  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
| <b>7. Har du eller har haft någon njursjukdom eller blivit opererad i njurarna eller urinvägarna?</b>  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
| <b>8. Har du något av följande?</b>  |  |  |
| a) Giftstruma, struma  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
| b) Myasthenia gravis   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
| c) Systemisk mastocystos   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |

För att beräkna kontrastmedelsdosen behövs uppgifter om längd och vikt.

Vikt:..... kg      Längd:..... cm

**Om du har frågor kontakta din läkare eller röntgen, telefon 010 – 242 24 26**

**Ta med ifyllt formulär och fotolegitimation på undersökningsdagen!**

.....  
*Underskrift patient/ombud*

.....  
*Signering röntgen*