

REMISS. RADIOLOGISK UNDERSÖKNING

Akademiska <input type="checkbox"/> UAS 018-611 00 00	Enköping <input type="checkbox"/> ENK 0171-41 80 00	Samariter- hemmet <input type="checkbox"/> SHS 018-611 00 00	Tierp <input type="checkbox"/> TI 0293-150 00	Östhammar <input type="checkbox"/> OH 0173-881 55	Person nr Namn	
REM. ENHET: namn, inrättningskod/ansvarsomr, avd, telefon Tel rem.avd: Tel rem.läk:					F-kassa Adress Postnr, Ort Telefon	
BET.ANSVARIG: namn, inrättningskod/ansvarsomr, avd.					Tid för undersökning datum, tid, lab	På avd/op
Undersökning					Frågeställning	AKUT Inom 24 h
Datum	Rem läkare	Föregående relevant radiologisk undersökning (när, var)			Prei svar: Rörpost nr:	
Anamnes, status					Gravid Ja Nej	Vid undersökning med kontrastmedel intravaskulärt. Tillhör patienten riskgrupp för att utveckla kontrastmedelsnefropati? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej - nedsatt njurfunktion - dehydrering - diabetes mellitus - myelom Om riskpatient, ange kreatinivärde. P-Krea µmol/L Biguanid behandling (Glucophage, Glucomin, Metformin etc) ska sättas ut Se nationella riktlinjer 2001-03-16.
Röntgenavdelningens anteckningar/Prelsvär					Längd <input type="text"/> Vikt <input type="text"/> Id-kontroll <input type="text"/>	SSK Dr Proj Kv mAs Band/Film nr