Region Uppsala

Remiss till röntgen/ nukleärmedicin/ klinisk fysiologi

Avsändare (enhetsnamn och fullständig adress)

Betalningsansvarig enhet (om annan än ovan)

Datum

Rem läkare

Mottagare (enhetsnamn och fullständig adress)

Patient (personnummer, namn, adress, telefon)

Undersökning

Tid för undersökning (datum, tid, lab)

Anamnes, status, föregående undersökning (när, vad)

AKUT ☐ **Inom 24 h** ☐ **Prel svar** ☐ **På avdelning** ☐

Vid undersökning med kontrastmedel intravaskulärt

Tillhör patienten riskgrupp för att utveckla kontrastmedelsnefropati? ☐ **Ja** ☐ **Nej**

- nedsatt njurfunktion
- dehydrering
- diabetes mellitus
- myelom

Om riskpatient, ange kreatininvärde:

P-Krea _____ **mMol**

Datum

Biguanidbehandling (Glucophage, Glucomin, Metformin etc skall om möjligt avbrytas tre dagar före undersökning

Längd **Vikt**

Gravid ☐ **Ja** ☐ **Nej**

Ammar ☐ **Ja** ☐ **Nej**

Frågeställning