



ODDELEK ZA RADIOLOGIJO

PRIVOLITEV V IZVEDBO POSEGA/PREISKAVE S KONTRASTNIM SREDSTVOM

PRIIMEK IN IME PACIENTA	MI	DATUM ROJSTVA	VIŠINA	TEŽA

VRSTA POSEGA: _____ **DATUM POSEGA:** _____

Izpolni pacient

1. Ali ste že kdaj opravili podobno preiskavo? DA katero: _____ NE

2. Ali ste imeli po aplikaciji kontrasta kakšne alergije? DA NE

3. Ali so se med ali po preiskavi pojavili kakšni zapleti? DA NE

OBKROŽITE VRSTO ZAPLETA: IZPUŠČAJ PRASKANJE V GRLO SRBEČICA OTEKLINA BRAZA
TEŽAVE S SRCEM TEŽAVE Z DIHANJEM

4. Imate znano alergijo na jod ali druga zdravila? DA napišite: _____ NE

5. Imate težave s ščitnico? DA NE

6. Imate astmo? DA NE

7. Jemljete katero od naštetih zdravil (obkrožite):

AGLURAB AVANDAMED GLUCOPHAGE HYDRALAZIN GLUFORMIN CYCLOSPORIN METFORMIN
CISPLATIN SIOFOR GLUCOVANCE

8. Se zdravite ali ste se zdravili zaradi bolezni ledvic? DA NE

9. Ste noseči ali nameravate zanositi? DA NE

10. Dojite? DA NE

11. Ali imate katero od naštetih bolezni (obkrožite):

MIASTENIJA GRAVIS SRPASTOCELIČNA ANEMIJA FEOKROMOCITOM MULTIPLI MIELOM

12. Ali imate katero od nalezljivih bolezni? DA Katero: _____ NE

SOGLASJE PACIENTA

S podpisom potrjujem, da sem seznanjen z namenom, izvedbo ter možnimi zapleti oz. tveganjih, jih razumem in se strinjam z izvedbo navedenega posega na tem obrazcu.

Kraj:	Datum:	Ura:
Podpis pacienta:	Podpis zdravnika radiologa:	Podpis staršev/zakonitega zastopnika: