

## VO Röntgen

Vid den röntgenundersökning du skall genomgå används kontrastmedel som sprutas in i blodbanan. Risken för biverkningar är mycket låg, men för säkerhets skull ber vi dig besvara nedanstående frågor genom att ringa in **Ja**, **Nej** eller **Vet ej**.

Efter undersökningen får du stanna kvar för observation i ca 30 min.

Tag med frågeformuläret till röntgenavdelningen och lämna det till röntgensjuksköterskan i undersökningsrummet.

Om du undrar något med anledning av frågorna kan du kontakta din läkare eller röntgenavdelningen tel: 08-55024533.

1. **(Om du är kvinna): Finns det någon möjlighet att du kan vara gravid?** Ja Nej
  
2. **Har du tidigare fått kontrastmedel?** Ja Nej  
Om svaret är **Ja**, fick du någon reaktion/biverkan av det? Ja Nej
  
3. **Har du astma eller har du haft en allvarlig allergisk reaktion?** Ja Nej  
Om du har astma ska du ta med din astmamedicin till undersökningen.
  
4. **Har du tablettbehandlad diabetes?** Ja Nej  
Om svaret är **Ja**, v.g. specificera vilken medicin \_\_\_\_\_
  
5. **Har du eller har haft någon njursjukdom?** Ja Nej  
Om svaret är **Ja**, v.g. specificera tack: \_\_\_\_\_
  
6. **Har du något av följande:**
  - a. Hjärtsvikt Ja Nej
  - b. struma, giftstruma Ja Nej
  - c. myasthenia gravis Ja Nej
  
7. **Tar du dagligen/ofta mediciner mot smärta/värk/reumatiska besvär?** Ja Nej  
  
Om svaret är **Ja**, v.g. specificera vilken medicin tack: \_\_\_\_\_
  
8. **Har vi din tillåtelse att ta del av uppgifter i din datajournal?** Ja Nej

Uppge din vikt: \_\_\_\_\_ kg och längd: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_ telefon: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_