

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: _____