



ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЛАНК-АНКЕТА
подготовки к КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

ФГБУ "НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова" Минздрава России
Санкт-Петербург, п. Песочный, тел. 8(812)43-99-555, www.nioncologii.ru

ОТДЕЛЕНИЕ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Дата и время исследования:

№ амбулаторной карты (ID):

ВЫ МОЖЕТЕ ЗАДАТЬ ВОПРОСЫ по тел.: +7 (812) 43-99-555

Убедительно просим Вас приходите на исследование за 15-20 минут до назначенного времени исследования: для регистрации, оформления документов и правильной подготовки. При себе нужно иметь медицинские документы с направлением (если Вы наблюдаетесь в другом лечебной учреждении).

Я, _____
(_____ - число, месяц, год рождения) даю согласие на проведение процедуры компьютерной томографии себе или моему законному подопечному
(_____ число, месяц, год рождения).

Я имел(а) возможность задать интересующие меня вопросы перед исследованием.

Были ли у пациента побочные реакции на йод-содержащие контрастные препараты Да Нет

Были ли у пациента какие-нибудь аллергические реакции, потребовавшие лечения Да Нет

Пациентка беременная или кормит ребенка грудью Да Нет

Имеются ли у пациента следующие заболевания:
- БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА Да Нет

- ТИРЕОТОКСИКОЗ (ГИПЕРТИРЕОЗ) Да Нет

- ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ или НЕФРОПАТИЯ при других заболеваниях Да Нет

- ФЕОХРОМОЦИТОМА Да Нет

Пациент когда-нибудь имел:
- ОПЕРАЦИИ НА ПОЧКАХ Да Нет

- ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ КРЕАТИНИНА в анализах крови Да Нет

Если «ДА», то укажите: - ЗНАЧЕНИЕ КРЕАТИНИНА КРОВИ _____ дата _____

Пациенту проводилось рентгенологическое исследование:
- с БАРИЕВОЙ ВЗВЕСЬЮ в течение последних 3-4 дней Да Нет

Пациент в данный момент принимает лекарственные препараты:
- из группы бигуанидов (МЕТФОРМИН, ГЛЮКОФАН, ГЛИБОМЕТ) Да Нет

Если «ДА», то прием следует прекратить за 24 часа до исследования.

Дата заполнения _____

Подпись пациента
/его законного представителя _____