

Frågeformulär inför datortomografi av hjärtat (DT kranskärl)

Var god fyll i nedanstående och lämna till oss i receptionen vid undersökningstillfället

Namn:	Personnummer:
Vikt (kg):	Längd (cm):

Frågor inför undersökningen, om ja vänligen markera med kryss i aktuell ruta

Ja

- Har du astma?
- Har du tidigare fått intravenös kontrast vid röntgenundersökningar?
- Är du allergisk mot kontrastmedel?
- Har du någon njursjukdom?
- Har du sköldkörtelsjukdom/struma? Om tablettbehandlad, ange vilken: _____
- Har du hjärtsvikt?
- Har du Myastenia Gravis?
- För kvinnlig patient: Är du gravid?
- Har du aortastenos?
- Tar du betablockad?
- Har du tagit Viagra eller liknande senaste dygnet?
- Har du blivit bypassopererad?
- Har du genomgått ballongvidgning av kranskärl?
- Har du diabetes? Om tablettbehandlad, ange vilken: _____

Rökvanor: Aldrig rökare Ex-rökare Rökare

Snusning: Aldrig snusare Ex-snusare Snusare

Har du högt blodtryck eller behandling för detta?

Om behandlad, ange vilken: _____

Tar du blodfettsänkande läkemedel?

Har du haft hjärtinfarkt?

SIGNATUR _____

Vid oklarheter fråga oss vid ditt besök

Tack för att du underlättar vårt arbete
Vänliga hälsningar Röntgen Lund, Malmö och Trelleborg