# Sjekkliste for bruk av intravenøs jodkontrast ved røntgenundersøkelser

# Gjelder for undersøkelser hvor det rutinemessig blir vurdert bruk av i.v jodholdig kontrast:

* Alle CT undersøkelser utenom CT ortopediske undersøkelser
* Venografi
* Urografi

**Pasientens navn** ………………………………………………………………… **Fødselsnummer**……………………….

**SJEKKLISTE FOR PASIENTER > 14 ÅR**

|  |
| --- |
| **RELATIVE KONTRAINDIKASJONER FOR JODKONTRAST:** |
| **Har pasienten tidligere hatt kontrastmiddel-reaksjon?**Hvis JA, vennligst spesifiser: | **Ja** | **Nei** | **Vet ikke** |  |
|  |
| **Har pasienten ubehandlet manifest hypertyreose?** | **Ja** | **Nei** |  |
| **NYRESTATUS:** |
| **Har pasienten kjent nyresvikt?** | **Ja** | **Nei** | **Vet ikke** |  |
| **Oppgi siste eGFR verdi og dato for prøvetaking:** |  |
| INFO: Fersk eGFR verdi, ikke eldre en 3 mnd, kreves. (I noen tilfeller vil behov for ny blodprøve bli vurdert ut fra eGFR verdi over tid og kliniske opplysninger). |  |
| **Bruker pasienten metformin?** | **Ja** | **Nei** |  |
| **GENERELLE OPPLYSNINGER:** |
| **Er pasienten rullestolbruker/immobil?**Hvis JA, vennligst spesifiser: | **Ja** | **Nei** |  |
|  |
| **Har pasienten kommunikasjonsproblemer eller behov for tolk?**Hvis JA, vennligst spesifiser: | **Ja** | **Nei** |  |
|  |

**eGFR tas i tidsrommet 7 dager til 3 mnd før timeavtale.**

Blodprøveskjema blir sendt til pasient ved timetildeling dersom gyldig eGFR mangler i tilgjengelige pasientjournalsystem.

**SJEKKLISTE FOR BARN \* ≤ 14 ÅR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Har barnet tidligere hatt kontrastmiddelreaksjon?** | **Ja** | **Nei** | **Vet ikke** |  |
| **Har barnet kjent nyresvikt?** | **Ja** | **Nei** | **Vet ikke** |  |

\*)Radiolog vurderer, i samarbeid med kliniker, kontrastbruk og behov for blodprøve i hvert enkelt tilfelle.

**Dato**………………… **Henv. lege** ………………………………………………………………………. **Tlf.**…………………………

Ordningen gjelder fra 19. okt 2009

Aslak Aslaksen Revidert mai 2011, 2016, april 2017, august 2018

Avdelingsdirektør (sign)