

# 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 kontrastmiddelreaksjon? 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 pasientjournalssystem.

## 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.....

Aslak Aslaksen  
Avdelingsdirektør (sign)

Ordningen gjelder fra 19. okt 2009  
Revidert mai 2011, 2016, april 2017, august 2018