Unilabs

Plats för etikett

Pt-Iohexolelimination Protokoll Extern

DATUM: _____ **AVD. SJUKHUS**: _____

PERSONNR: _____ **NAMN**: _____

Längd: _____ cm **Vikt**: _____ Kg **P-Kreatinin**: _____ µmol/L

Senaste kända Iohexol-clearance (GFR):

Datum: _____ Värde: _____ mL/min/1,73m^2 vid P-Kreatinin: _____ µmol/L

Om patienten:
- Är akut sjuk (infektion, minskat oralt intag, illamående/kräkningar och/eller diarré) bör få iohexolclearance ombokat.
- Har genomgått kontraströntgen med jodhaltigt kontrastmedel senaste 7 dagar → Senarelägg undersökningen
- Har patienten känd allvarlig reaktion mot joderade kontrastmedel → Överväg avstå undersökning

Frågeställning/kort anamnes:_____

_____

Injicerat preparat: Omipaque® 300 mg jod/mL (647 mg iohexol/mL)
Barn: 1 mL/ 10 kg (max 5 mL); Vuxna: 5 mL

Injicerad volym: _____ mL

eller

Sprutans vikt med kontrast före injektion**:** _____g

Sprutans vikt efter injektion av kontrast: _____g

LAB.		Fyll i vita fält *		**LAB.**
Löpnr.	**Prov**	*** Datum**	*** Ange exakt klockslag**	**Iohexolkonc.**
	Förprov 0			
	Injicera iohexol			
	1			
	2			
	3			
	4			
Ev. symtom under belastning:				
ID-kontroll, kontraindikationer, utförande *** Sign.: ……**				