

Pt-iohexolelimination Protokoll Extern

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

PERSONNR: _____ **NAMN:** _____

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

Senaste kända GFR (iohexol-clear):

Datum: _____ Värde: _____ ml/min/1,73m² vid P-Kreatinin: _____

	JA	NEJ
Patienten har jodallergi el reagerar på kontrastmedel:	☐	☐
Genomgått kontraströntgen sista veckan:	☐	☐
Behandlats med metformin (Metformin, Glucophage)	☐	☐

Frågeställning/kort anamnes: _____

Injicerat preparat: Omipaque® 300 mg jod/ml (647 mg iohexol/ml)

Barn: 1 ml/ 10 kg intravenöst. Max 5 ml

Vuxna: 5 ml

Injicerad volym: _____ ml

eller

Sprutans vikt med kontrast före injektion: _____ g

Sprutans vikt efter injektion av kontrast: _____ g

	Prov	Datum	Exakt klockslag	Tid	LABS NOTERING iohexolkonc.
Förprov	0				
Injicera iohexol				0 min	
	1				
	2				
	3				
	4				
Ev. symtom under belastning:					Sign. och datum
Sign. (ID-kontroll, kontraindikationer, belastn. utförande):					