

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/1,73m² vid P-Kreatinin: _____ µmol/L

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

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 <u>exakt</u> klockslag	iohexolkonc.
	Förprov 0			
	Injicera iohexol			
	1			
	2			
	3			
	4			

Ev. symtom under belastning:

ID-kontroll, kontraindikationer, utförande * Sign.:

Dok. nr - Utgåva

NM34173-3

