

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

Om patienten:

- Har genomgått kontraströntgen med iohexol senaste 4-7 dagar → Överväg senarelägga undersökningen
- Har jodallergi eller reagerar på kontrastmedel med iohexol → Överväg avstå undersökning
- Har behandling med metformin → Överväg göra uppehåll på metformin

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		* <u>Sign.:</u>		