



**The Mount Sinai Hospital**  
One Gustave L. Levy Place  
New York, New York 10029

**RADIOLOGY IV IODINATED CONTRAST  
INFORMATION AND QUESTIONNAIRE**

西奈山放射科  
静脉注射含碘显影剂：  
信息与问卷

患者姓名： \_\_\_\_\_ 病历号： \_\_\_\_\_  
 出生日期： \_\_\_\_\_ 年龄： \_\_\_\_\_ 体重： \_\_\_\_\_  
 检查类型： \_\_\_\_\_

您的医生已经下达医嘱进行CT扫描或X光检查，这就要求将显影剂（染料）注射入您的血管，以便在检查过程中更好观察身体的某些部位。这样放射科医生就能更完整解读您的检测结果。

显影剂是含碘的透明液体。注射显影剂时，会以小心控制的速率由计算机化注射器注入。注射之后，某些患者可能会觉得全身发热或在口中有金属味；这两种感觉在注射之后都会很快消失。还可能发生伴随或不伴随呕吐的恶心。

某些患者在注射显影剂之前，可能需要接受验血，确定血中肌酸酐的水平。在很多情况下，可以在放射科进行这样的检查，但这一过程可能会稍微延误您的扫描。

注射显影剂的不常见并发症包括暂时性的过敏反应，其特点是发痒和荨麻疹，或打喷嚏和眼睛及嘴唇肿胀。如果放射科医生认为您的反应需要治疗，则您可能会接受抗组胺药Benadryl。另一项不常见的事件是显影剂从血管漏出，进入注射部位附近的组织中。这可能会造成局部疼痛和伤害。放射科医生或护士可能会抬高出现不良反应的手臂，并在注射部位放置冷敷袋，帮助肿胀更快消退。

非常罕见的并发症包括但不限于，休克、肾衰竭、呼吸困难、惊厥、心脏停跳和死亡。我们已经准备就绪在发生此类反应时进行治疗，但是在某些情况下我们会得到医院急诊救护团队的协助。

请注意，尽管您的医生可能已经下达医嘱采用显影剂进行检查，但出现某些情况时可能会暂停注射，这些情况包括化验结果异常或潜在的药物相互反应。

请回答以下问题（接下页）：

1. 您过去是否曾经接受过显影剂？  是  否  未知  
 如果回答“是”，您是否有任何反应？  是  否  未知  
 如果您有反应，请说明：
  
2. 您是否曾经在接受显影剂注射之前使用药物？  是  否  未知  
 如果回答“是”，请说明：
  
3. 您是否曾有严重过敏病史或活动性哮喘？  是  否  未知  
 如果回答“是”，您是否曾因为哮喘而接受插管（插入一根呼吸管）？  是  否  未知  
 如果回答“是”，请说明：
  
4. 您是否患有糖尿病？  是  否  未知  
 如果回答“是”，请列出您使用的糖尿病药物（胰岛素、Glucophage、二甲双胍等）：



**The Mount Sinai Hospital**  
One Gustave L. Levy Place  
New York, New York 10029

**RADIOLOGY IV IODINATED CONTRAST  
INFORMATION AND QUESTIONNAIRE**

西奈山放射科  
静脉注射含碘显影剂：  
信息与问卷

5. 您是否患有以下任何病症（勾选所有适用的项目）？

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 控制不佳的高血压   | <input type="checkbox"/> 多发性骨髓瘤/浆细胞瘤              |
| <input type="checkbox"/> 心脏病        | <input type="checkbox"/> 重症肌无力                    |
| <input type="checkbox"/> 甲状腺疾病或甲状腺癌 | <input type="checkbox"/> 镰状细胞贫血/镰状细胞病             |
| <input type="checkbox"/> 肾病或肾移植     | <input type="checkbox"/> 嗜铬细胞瘤/神经节细胞瘤/<br>神经内分泌肿瘤 |

6. 您在接受肾透析吗？

是  否  未知

7. 您是否患有任何其他严重病症？

是  否  未知

如果回答“是”，请说明：

仅限

8. 您是否有任何可能已经怀孕？

是  否

女性：

9. 上次月经日期： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

10. 您是否在哺乳？

是  否

如果您有任何可能已经怀孕，则某些CT扫描和X线检查在理论上可能伤及您的胎儿。

仅限

11. 您在过去两 (2) 小时内是否吃喝了任何东西？

是  否

门诊患者：

12. 请列出您目前使用的所有药物：

适用于所有患者：

13. 您是否希望与放射科护士或医生进一步讨论显影剂？

是  否

如果您有关显影剂的疑问得到了解答，请在下面确认：

**“我已经完整阅读并提供了本表要求的信息。我完全理解其内容，包括可能的风险和并发症。我有机会提问。我的所有问题均得到了令我满意的完整解答。”**

签名： **X** \_\_\_\_\_ 正楷姓名： \_\_\_\_\_

与患者的关系： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(如本人、父母/监护人、配偶、临床医生等)

提供患者病史的人士（如果不是上述人士）： \_\_\_\_\_



**The Mount Sinai Hospital**  
One Gustave L. Levy Place  
New York, New York 10029

**RADIOLOGY IV IODINATED CONTRAST  
INFORMATION AND QUESTIONNAIRE**

西奈山放射科  
静脉注射含碘显影剂：  
信息与问卷

**由放射科医务人员填写/TO BE COMPLETED BY RADIOLOGY PERSONNEL:**

Discussion/Notes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

BUN/Creatinine: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_

Estimated GFR: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date of Lab Results: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_