



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

**RADIOLOGY IV IODINATED CONTRAST
INFORMATION AND QUESTIONNAIRE**

РАДИОЛОГИЯ «MOUNT SINAI»
ВНУТРИВЕННОЕ ЙОДИРОВАННОЕ КОНТРАСТНОЕ ВЕЩЕСТВО:
ИНФОРМАЦИЯ И ОПРОСНИК

Имя и фамилия пациента: _____ **Номер медицинской карты:** _____
Дата рождения: _____ **Возраст:** _____ **Вес** _____
Тип исследования: _____

Ваш доктор велел вам пройти КТ-сканирование (компьютерную томографию) или рентгенологическое обследование, для проведения которого необходимо ввести контрастное вещество (краситель) в кровеносные сосуды, чтобы определенные части тела были лучше видны во время процедуры. Это позволит радиологу сделать более полную интерпретацию ваших результатов теста.

Контрастное вещество представляет собой прозрачную жидкость, которая содержит йод. Оно вводится на тщательно контролируемой скорости с помощью компьютерного инжектора. При инъекции некоторые пациенты чувствуют тепло по всему телу или ощущают металлический привкус во рту; оба эти ощущения быстро проходят после инъекции. Тошнота с рвотой или без нее также может иметь место.

Некоторым пациентам может понадобиться предварительный анализ крови для определения уровня креатинина в крови до введения контрастного вещества. Во многих случаях данный анализ может быть выполнен прямо в отделении радиологии, но этот процесс может несколько задержать ваше сканирование.

Необычные осложнения, связанные с введением контрастного вещества, включают временную аллергическую реакцию, которая проявляется в виде зуда и сыпи, или чихания и отека глаз и губ. Вам могут дать лекарство «Бенадрил» антигистаминный препарат, если радиолог посчитает, что ваша реакция является основанием для лечения. Другим необычным случаем может быть утечка контрастного вещества из вены и в ткани вблизи места инъекции. Это может привести к локализованной боли и повреждению кожи? Радиолог или медсестра могут поднять затронутую руку и наложить на место инъекции холодный компресс, чтобы побыстрее снять опухоль.

Очень редкие осложнения включают, кроме прочего, шок, почечную недостаточность, затруднение дыхания, судороги, остановку сердца и смерть. Мы готовы принять меры в случае такой реакции и предоставить необходимое лечение, но в некоторых случаях мы призываем на помощь команду скорой медицинской помощи.

Пожалуйста, обратите внимание, что даже если ваше исследование может быть назначено вашим врачом и он или она предписали применение контрастного вещества, в некоторых ситуациях может быть принято решение не вводить контрастное вещество, если на то есть основания, исходя из результатов лабораторных анализов или потенциального взаимодействия лекарств.

ПОЖАЛУЙСТА, ОТВЕЬТЕ НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ (ПРОДОЛЖЕНИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЙ СТРАНИЦЕ):

1. Вводили ли вам раньше контрастное вещество? Да Нет Не известно
Если да, то была ли у вас реакция? Да Нет Не известно
Если была реакция, пожалуйста, опишите её:
2. Давали ли вам когда-нибудь лекарственные средства перед инъекцией контрастного вещества? Да Нет Не известно
Если да, пожалуйста, опишите:
3. Являются ли сильные аллергии или астма в активной форме частью вашей истории болезни? Да Нет Не известно
Если да, то вам когда-либо делали интубацию (введение трубки для облегчения дыхания) в связи с вашей астмой? Да Нет Не известно
Если да, пожалуйста, опишите:
4. Больны ли вы сахарным диабетом? Да Нет Не известно
Если да, то перечислите все лекарства от диабета, которые вы принимаете (инсулин, "Glucophage", "metformin" и так далее):
5. Страдаете ли вы от какого-либо из следующих заболеваний (отметьте галочкой все применимые к вам)?
 Плохо поддающееся лечению высокое кровяное давление Миеломная болезнь/плазмоцитомы



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

**RADIOLOGY IV IODINATED CONTRAST
INFORMATION AND QUESTIONNAIRE**

РАДИОЛОГИЯ «MOUNT SINAI»
ВНУТРИВЕННОЕ ЙОДИРОВАННОЕ КОНТРАСТНОЕ ВЕЩЕСТВО:
ИНФОРМАЦИЯ И ОПРОСНИК

- Заболевание сердца
 Болезнь щитовидной железы или рак щитовидной железы
 Болезнь почек или пересадка почек

- Тяжёлая миастения
 Серповидноклеточная анемия / болезнь серповидного изменения эритроцитов
 Феохромоцитома / ганглионеврома / нейроэндокринная опухоль

6. Проходите ли вы процедуры диализа? Да Нет Не известно
7. Есть ли у вас какие-либо другие серьёзные заболевания? Да Нет Не известно
Если да, пожалуйста, опишите:

- ТОЛЬКО ДЛЯ ЖЕНЩИН:**
8. Есть ли хоть какой-нибудь шанс, что вы беременны? Да Нет
9. Дата последней менструации: ____ / ____ / ____
10. Кормите ли вы грудью на данный момент? Да Нет

Если есть хоть какой-нибудь шанс, что вы беременны, некоторые виды КТ-сканирования (компьютерной томографии) или рентгенологических процедур теоритически могут причинить вред вашему не рождённому ребёнку.

ТОЛЬКО ДЛЯ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ

11. Вы что-нибудь ели или пили в течение последних двух (2) часов? Да Нет
12. Пожалуйста, перечислите все лекарства, которые вы на данный момент принимаете:

ДЛЯ ВСЕХ ПАЦИЕНТОВ:

13. Хотели бы вы более детально поговорить с медсестрой отдела радиологии или с врачом о применении контрастного вещества? Да Нет

Когда на ваши вопросы о контрастном веществе ответят, пожалуйста, распишитесь в получении ниже:

«Я полностью прочитал и получил всю необходимую информацию, содержащуюся в этой форме. Я полностью понимаю её содержание, в том числе, возможные риски и осложнения. Мне была предоставлена возможность задать вопросы. На все мои вопросы были предоставлены полные и удовлетворившие меня ответы».

Подпись: X _____ Имя и фамилия печатными буквами: _____

Кем приходится пациенту: _____ Дата: ____ / ____ / ____
(например, я сам, родитель или опекун, супруг(-а), врач-консультант и так далее)

Лицо, предоставляющее историю болезни пациента, если не совпадает с вышеуказанным: _____



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

**RADIOLOGY IV IODINATED CONTRAST
INFORMATION AND QUESTIONNAIRE**

**РАДИОЛОГИЯ «MOUNT SINAI»
ВНУТРИВЕННОЗНОЕ ЙОДИРОВАННОЕ КОНТРАСТНОЕ ВЕЩЕСТВО:
ИНФОРМАЦИЯ И ОПРОСНИК**

ЗАПОЛНЯЕТСЯ СОТРУДНИКАМИ ОТДЕЛА РАДИОЛОГИИ/TO BE COMPLETED BY RADIOLOGY PERSONNEL:

Discussion/Notes: _____

Signature: _____ BUN/Creatinine: _____/_____

Printed Name: _____ Estimated GFR: _____

Date: ____/____/____ Date of Lab Results: ____/____/____