



**PATIENT CONTRAST QUESTIONNAIRE  
AND PROCEDURE RECORD**

Страница #1 из 2-х  
Page 1 of 2

ACCOUNT NO.  
MED. REC. NO.  
NAME  
BIRTHDATE

**ОТВЕТЬТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ  
PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS**

<p><b>У Вас есть аллергия к йоду?</b> <i>Are you allergic to iodine?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>У Вас есть какие-либо виды аллергии? Пожалуйста перечислите:</b> <i>Do you have any allergies? Please list all allergies:</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>У Вас есть астма?</b> <i>Do you have asthma?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>У Вас есть диабет?</b> <i>Do you have diabetes?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>Ели у Вас есть диабет, принимаете ли Вы лекарство <i>Метформин, Глюкофаж, Глюкованс, Авандамет, Метаглип, Фортамет, Райомет</i> или <i>Актопус Мет</i>?</b> <i>If diabetic, do you take the medication Metformin, Glucophage® Glucovance®, Avandamet®, Metaglip®, Fortamet®, Riomet®, or Actoplus Met®?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>У Вас есть проблемы с почками (ненормальная функция почек, ненормальный уровень креатенина, на диализе, и т.п.)?</b> <b>Пожалуйста объясните:</b> _____ <i>Do you have any kidney problems (abnormal kidney function, abnormal creatinine, on dialysis, etc.)?</i> <i>Please describe:</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>Вам оперировали почки, была ли у Вас пересадка почек, или у Вас только одна функциональная почка?</b> <b>Пожалуйста объясните:</b> _____ <i>Have you had kidney surgery, a kidney transplant, or do you have only one functioning kidney?</i> <i>Please describe:</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>Вы страдаете видом рака под названием Множественная Миелома?</b> <i>Do you have a type of cancer called Multiple Myeloma?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>Вы принимаете <i>Лэйсикс</i> или водные таблетки?</b> <i>Are you taking Lasix or a water pill?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>Вы принимаете лекарство под названием <i>Амиодарон, Кордарон</i> или <i>Пейсерон</i>?</b> <i>Do you take medication called Amiodarone, Cordarone, or Pacerone?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>Вы беременны или кормите грудью?</b> <i>Are you pregnant or breastfeeding?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>Вам когда-либо делали процедуры с применением контрастного вещества (рентгеновский краситель), такие как ангиография, артериография, (IVP) или компьютерная томография?</b> <i>Have you ever had a procedure in which you were given contrast (x-ray dye), such as an angiogram, arteriogram, IVP or CT?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>



**PATIENT CONTRAST QUESTIONNAIRE  
AND PROCEDURE RECORD**

Страница #2 из 2-х  
Page 2 of 2

ACCOUNT NO.  
MED. REC. NO.  
NAME  
BIRTHDATE

<p><b>У Вас была реакция на контрастное вещество? Вы принимали какие-либо лекарства для предотвращения реакции перед тем, как Вы пришли сегодня сюда? Опишите реакцию: _____</b> <i>Did you have a reaction to the contrast (x-ray dye)? Did you take any medication for the reaction before coming today? Describe the reaction: _____</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет  <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>Вам вливали рентгеновский краситель в течение последних 24-х часов?</b> <i>Have you had contrast (X-ray dye) injected within the last 24 hours?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>Вам когда-нибудь говорили, что Вам нельзя получать контрастное вещество (рентгеновский краситель)?</b> <i>Have you ever been told not to have contrast (x-ray dye)?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>У Вас брали кровь в последние 30 дней?</b> <input type="checkbox"/> OHSU <input type="checkbox"/> Другие Клиники (название клиники): _____ <i>Have you had your blood drawn within the last 30 days?</i> <input type="checkbox"/> OHSU <input type="checkbox"/> Other Clinic (clinic name): _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>От Вас требуется находиться в изоляции в настоящее время?</b> <i>Are you currently on any isolation precautions?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>

**Насколько мне известно, вышеуказанная информация является достоверной. Я ознакомился (-ась) с содержанием этой формы и оно мне понятно. У меня была возможность задать вопросы по поводу информации, изложенной в этой форме и о процедуре Компьютерной Томографии, которая будет мне скоро сделана.**  
*The above information is correct to the best of my knowledge. I have read and understand the contents of this form. I had the opportunity to ask questions about the information on this form and the CT procedure I am about to have.*

**Дата:** \_\_\_\_\_ **Подпись лица, заполняющего анкету:** \_\_\_\_\_  
*Date:* \_\_\_\_\_ *Signature of person completing form:* \_\_\_\_\_

**Пожалуйста напишите имя и фамилию печатными буквами:** \_\_\_\_\_  
*Please print your name:* \_\_\_\_\_

**Отношение к пациенту:**  Сам  Родственник  CT Технолог  Медсестра  Врач  
 **Иное Лицо:** \_\_\_\_\_  
*Relationship to patient:*  Self  Relative  CT Tech.  RN  Physician  
 Other: \_\_\_\_\_

**Имя работника отделения, проверившего анкету** \_\_\_\_\_  
*Name of Imaging staff reviewing form:* \_\_\_\_\_