



OC4501

**\*OC4501\***

**СУАНКЕТА ПАЦИЕНТА ДЛЯ  
СТ (КТ) С ВВЕДЕНИЕМ ВНУТРИВЕННО  
РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА**

Страница 1 из 2

НОМЕР СЧЕТА.  
НОМЕР. МЕД..  
КАРТЫ. ИМЯ  
ДАТА РОЖДЕНИЯ

Идентификационные данные пациента

Для обеспечения вашей безопасности, заполните эту форму максимально точно и в полном объёме  
To help ensure your safety, please complete this form as accurately and completely as possible.

Пожалуйста, укажите ваш **Рост:** \_\_\_\_\_ **Вес:** \_\_\_\_\_  
Please provide your current height weight

Ваше СТ (КТ) сканирование предусматривает введение внутривенно (IV) рентгеноконтрастного вещества. При введении рентгеноконтрастного вещества вы можете наблюдать тёплые или жаровые ощущения во всём теле. Это нормально и должно пройти через 1 или 2 минуты. Выпейте 2 или 3 стакана воды в первые 4 часа после сканирования, если только ваш лечащий врач или медсестра не дали вам указание ограничить суточное потребление жидкости

Your CT scan requires intravenous (IV) contrast. When the contrast is injected, you may notice a warm or "flushed" feeling throughout your body. This is normal and should go away in 1 or 2 minutes. Drink 2 or 3 glasses of water in the first 4 hours after your scan unless your healthcare provider has instructed you to limit your daily fluid intake.

<p>Делали ли вы СТ (КТ) сканирование с внутривенным введением (IV) рентгеноконтрастного вещества за последние 24 часа? (сканирование кости при помощи ядерной медицины НЕ учитывается)</p> <p>In the past 24 hours, have you had a CT scan with intravenous (IV) contrast? (A nuclear medicine bone scan is NOT included)</p>	<p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>
---	---

<p>Есть ли у вас аллергия на СТ (КТ) рентгеноконтрастное вещество или на любое другое рентгеноконтрастное вещество, которое вам вводили во время рентгенографического обследования (ангиограмма или рентгенографическое исследование мочевого пузыря, такое как IVP или VCUG)? <b>Опишите:</b></p> <p>Are you allergic to CT contrast or any other contrast you were given during an x-ray exam (Angiogram or bladder x-ray exam such as an IVP or VCUG)? <b>Please describe:</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>
---	---

<p>Принимали ли вы премедикативные препараты от аллергии на рентгеноконтрастное вещество во время предыдущего СТ (КТ) до этого визита? <b>Если да, то в какое время вы приняли лекарство?</b></p> <p>Did you take premedication for a past CT contrast allergy before coming today? <b>If yes, what time did you take your medication?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>
--	---

Перечислите аллергии на лекарства: List medication allergies:

<p>Принимаете ли вы лекарство <b>Metformin</b> (Метформин) или лекарства, содержащие Metformin (Метформин)? Примеры: Avandamet (авандамет), ActoPlus Met, Fortamet (Фортамет), Glucophage (Глюкофаж), Glucovance (Глюкованс), Glumetza (Глюметза), Metaglip (Метаглип), Kombiqlyze XR (Комбиглиз XR), Prandimet (Прандимет), Riomet (Риомет), Janumet (Янумет)</p> <p>Do you take the medication <b>Metformin</b> or medication containing Metformin? Examples:</p>	<p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>
---	---

<p>Есть ли у вас центральный венозный катетер? <input type="checkbox"/> Порт <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> Другой Do you have a Central Venous Line? <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> Other</p>	<p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>
--	---



OC4501

Oregon Health & Science University  
 Больницы и клиники  
 Услуги диагностической визуализации

**\*OC4501\***

**СУАНКЕТА ПАЦИЕНТА ДЛЯ  
 СТ (КТ) С ВВЕДЕНИЕМ ВНУТРИВЕННО  
 РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА**

НОМЕР СЧЕТА.  
 НОМЕР. МЕД..  
 КАРТЫ. ИМЯ  
 ДАТА РОЖДЕНИЯ

Страница 2 из 2

Идентификационные данные пациента

<b>У вас есть заболевания почек, включая: Do you have Kidney disease, including</b>		<b>Имеется ли у вас Do you have</b>	
Рак почек Kidney cancer	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Повышенное кровяное давление High blood pressure	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Одна почка Single kidney	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Диабет Diabetes	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Операция на почку или пересадка почки Kidney surgery or Kidney Transplant	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<b>Пациентам женского пола Female Patients</b>	
Actualmente bajo tratamiento de diálisis Currently on dialysis	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Вы беременны Are you pregnant	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<b>Вы Are you</b>		Возможно беременны или не уверены, что беременны Possibly pregnant or unsure if pregnant	
Принимаете препарат Hydroxyurea (Гидроксиуреа) Taking the medication Hydroxyurea	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Находитесь в медицинской изоляции On isolation precautions	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Кормите грудью Breastfeeding	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Я прочитал (-а) и понял (-а) содержание этого документа. Мне была предоставлена возможность задать вопросы о СТ (КТ) сканировании, которое я пройду сегодня

I have read and understand the contents of this form. I had the opportunity to ask questions about the CT scan I will be having today.

Подпись лица, заполнившего документ \_\_\_\_\_ Дата:

Signature of Person Completing Form \_\_\_\_\_ Date

Кем вы приходитесь пациенту:  я пациент  родственник  RN  врач  СТ технолог  
 Relationship to Patient: Self Relative RN Provider CT Tech

Другой вариант \_\_\_\_\_  
 Other

Venous Access Information - For OHSU Hospital Inpatient Nursing Staff	
PIV Location: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	Forearm <input type="checkbox"/> AC <input type="checkbox"/> Upper Arm <input type="checkbox"/> Other:
Gauge: <input type="checkbox"/> 18g <input type="checkbox"/> 20g <input type="checkbox"/> 22g <input type="checkbox"/> 24g	Power-Rated: <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> Jugular
Power-Rated lines must have positive blood return from ALL LUMENS	
FAX COMPLETED FORM TO 4-6320	

EN LÍNEA 10/8/17 (sustituye a 12/13)

OC- 4558