

Отдел Диагностических Снимков

3181 S.W. Sam Jackson Park Road, Portland, Oregon 97239
Телефон: 503-418-0990 Факс: 503-494-5020

Имя и Фамилия Пациента: _____ Рост: _____ Вес: _____

1. Перечислите, пожалуйста, все лекарства, которые Вы сейчас принимаете?

2. У Вас есть аллергия к каким-либо лекарствам? Да Нет

Пожалуйста перечислите эти лекарства и опишите реакцию, которая была вызвана их приёмом.

3. Какова причина сегодняшнего сканирования?

Предыдущие исследования: Пожалуйста укажите, если Вам делали следующие процедуры. Если да, пожалуйста укажите, когда (в ближайшее время, если у Вас их было несколько) и где (название больницы или клиники).

		Когда?	Где? / Сколько?
<input type="checkbox"/>	Обходное шунтирование (By-Pass Surgery)		
<input type="checkbox"/>	Расширители сосудов (Stents)		

Другие Вопросы Медицинской Истории: Пожалуйста укажите, если у Вас есть следующие заболевания:

	Да	Нет	Не Уверен (-а)
Болезнь сердечного клапана (такая, как нарушение митрального клапана, утечка крови или стенозный клапан)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Астма или эмфизема?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы пользуетесь ингалятором?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Как часто? _____
Вы пользуетесь кислородом в домашних условиях?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ск. литров? _____
Вы были госпитализированы в связи с астмой или эмфиземой?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вам делали интубацию или искусственное дыхание?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы принимаете лекарство для нормализации эрекции?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Заболевание почек?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
У Вас есть аллергия к внутривенному раствору контраста, внутривенному красителю, к рентгеновскому красителю или к йоду?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Существует ли вероятность, что Вы беременны?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы кормите грудью?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Благодарим Вас за то, что Вы выбрали OHSU для получения диагностических снимков.