

Pt-lohexolclearance, Remiss

Ifylls av beställare

Beställare/Svarsmottagare	Remitterande läkare	Patientdata (personnummer, namn)
Remissdatum	Planerad undersökningsdag och tidpunkt	
Indikation och eventuell diagnos:		Telefonnummer till patient/anhörig (om undersökning ska utföras på kemlab Falun):
Patientens vikt (kg) och datum:		Patientens längd (cm) och datum:
P-Kreatinin ($\mu\text{mol/L}$) och/ eller P-Cystatin C (mg/L)		Provtagningsdatum (ej äldre än 2 mån):
Ordination Inj. Omnipaque 300 mg l/mL iv ☐ 5 mL ☐ Annan dos: _____ mL Ordinerat av remitterande läkare Namn: _____ Signatur: _____ Arbetsplats: _____ Datum: _____ För individer som väger ≥ 45 kg ordinerar 5 ml. För individer < 45 kg ordinerar 0,1 ml/kg. Avrunda uppåt till närmaste halva milliliter.		Beakta följande kontraindikationer hos patienten; • Överkänslighet mot lohexol eller hjälpämne i läkemedlet (se FASS) • Överkänslighet mot andra röntgenkontrastmedel • Tyreotoxikos • Myastenia gravis • Graviditet • Feber
Föreligger ödem? ☐ Nej ☐ Ja Har röntgenkontrastundersökning genomförts senaste veckan eller är planerad? ☐ Nej ☐ Ja, ange datum _____		

Pt- lohexolclearance, Arbetsprotokoll

Vita rutor ifylls av utförande enhet och gråmarkerade rutor ifylls av laboratoriet.

RID-nr placeras här

Patientdata (personnummer, namn)		Datum	
Identitet styrkt: ☐ Ja ☐ Nej Signatur: _____		Utförd på avd/mott:	
Fullständigt namn på utförare av undersökning:			
Frågor till patienten i samband med undersökning		Tidigare överkänslighetsreaktion på kontrastmedel?	
Har patienten fått röntgenkontrast senaste veckan? ☐ Nej ☐ Ja		☐ Nej ☐ Ja	
Vikt undersökningsdagen (kg)		Längd undersökningsdagen (cm)	
Venös infart 1 in. Datum och tid: ☐ Vä ☐ Hö		Signatur	
Ev venös infart 2 in. Datum och tid: ☐ Vä ☐ Hö		Signatur	
Provtagningstid och datum för 0-prov (+/- 1 minut):		Signatur	
Datum och tid för Omnipaque-injektion:		Signatur	
Venös infart ut. Datum, tid:		Signatur	
Undersökning utförd ☐ Ua ☐ Med anmärkning, specificera;			
Ordinerad provtagningstid Efterprov 1:	Signatur	Tidpunkt provtagning:	Signatur
Ev ordinerad provtagningstid Efterprov 2:	Signatur	Tidpunkt provtagning:	Signatur
Ev ordinerad provtagningstid Efterprov 3:	Signatur	Tidpunkt provtagning:	Signatur
Ev ordinerad provtagningstid Efterprov 4:	Signatur	Tidpunkt provtagning:	Signatur
Vikt fylld spruta: _____ g		Signatur	
Vikt tom spruta: _____ g		Signatur	
Injicerad mängd Omnipaque: _____ g		Signatur	
Omnipaque lotnr:		Signatur	