

## 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 <input type="checkbox"/> 5 mL <input type="checkbox"/> Annan dos: _____ mL Ordinerat av remitterande läkare Namn: _____ Signatur: _____ Arbetsplats: _____ Datum: _____  För individer som väger $\geq 45$ kg ordineras 5 ml. För individer $< 45$ kg ordineras 0,1 ml/kg. Avrunda uppåt till närmaste halva milliliter.	Beakta följande <b>kontraindikationer</b> hos patienten; <ul style="list-style-type: none"><li>• Överkänslighet mot lohexol eller hjälpämne i läkemedlet (se FASS)</li><li>• Överkänslighet mot andra röntgenkontrastmedel</li><li>• Tyreotoxikos</li><li>• Myastenia gravis</li><li>• Graviditet</li><li>• Feber</li></ul>	
Föreligger ödem? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Har röntgenkontrastundersökning genomförts senaste veckan eller är planerad? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange datum _____		

## Pt- Iohexolclearance, Arbetsprotokoll

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

RID-nr placeras här

Patientdata (personnummer, namn)		Datum	
Identitet styrkt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Vikt undersökningdagen (kg)		Längd undersökningdagen (cm)	
Venös infart 1 in. Datum och tid: <input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö		Signatur	
Ev venös infart 2 in. Datum och tid: <input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Hö		Signatur	
Provtagnings tid och datum för 0-prov (+/- 1 minut):		Signatur	
Datum och tid för Omnipaque-injektion:		Signatur	
Venös infart ut. Datum, tid:		Signatur	
Undersökning utförd			
<input type="checkbox"/> Ua <input type="checkbox"/> Med anmärkning, specificera;			
Ordinerad provtagnings tid Efterprov 1:	Signatur	Tidpunkt provtagning:	Signatur
Ev ordinerad provtagnings tid Efterprov 2:	Signatur	Tidpunkt provtagning:	Signatur
Ev ordinerad provtagnings tid Efterprov 3:	Signatur	Tidpunkt provtagning:	Signatur
Ev ordinerad provtagnings tid Efterprov 4:	Signatur	Tidpunkt provtagning:	Signatur
Vikt fylld spruta: _____ g		Signatur	
Vikt tom spruta: _____ g		Signatur	
Injicerad mängd Omnipaque: _____ g		Signatur	
Omnipaque lotnr:		Signatur	