

Protokoll, Iohexolclearance

Lidnr – sätts även på remiss	Beställare med kombikod: 	Pat id:
Remitterande läkare:		
1. Undersökningen utförd vid: Tel.....		
Undersökningsdatum: 2. Identitetskontroll (sign):		

- 3. Kontraindikationer: Har patienten.....**
- | | ja | nej |
|--|--------------------------|--------------------------|
| -reagerat på kontrastmedel?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -feber >38°C..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -erhållit röntgenkontrastmedel de senaste 4 dyggen?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -obehandlad manifast tyreotoxikos / radiojodbehandling planerad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Aktuellt Cystatin C eGFR : P-kreatinin:

6. Längd: cm Vikt: kg Vätskebalansrubbing/ödem ja (rek. kurva) nej

7. Tillförd substans: **Omnipaque 300 mg jod/mL (647 mg iohexol/mL)**. Vid avvikelse noteras under Övrigt

Injicerad volym (mL) och/eller Sprutvikt: före (g) efter (g)

Injicerat kl:..... Infartskanyl satt i: Höger arm Vänster arm Signatur.....

(serumrör, gul propp)

Lid- extension	Datum	Exakt provtagningstid	Tid efter injektion (min)	Signatur	Fylls i av lab: S-iohexol (mg/L)
61			Blank-prov tas före injektion		
62					
63					
64					
65					
66					

8. Vid avvikelse från rekommenderad provtagning, fyll i nedan:

Provtagning ur samma infart som där iohexol gavs? Kapillär provtagning?

Slaskprov Ja Nej

9 Symptom eller biverkningar återkopplas till beställande läkare för journalföring.

NEJ JA - i så fall vad?

Övrigt.....