

INTERVENTIONELE/ANGIOGRAFISCHE ONDERZOEKEN - VRAGENLIJST PATIENTEN

Wat is uw gewicht en uw lengte? kg m

Bij onderstaande vragen omcirkelen wat van toepassing is.

ALLERGIE

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|
| • Heeft u ooit een foto/scanner laten maken waarbij een contraststof werd toegediend via een bloedvat ? | ja | neen |
| - Zo ja, heeft u toen allergisch gereageerd? | ja | neen |
| - Zo ja, welke reactie had u toen? | ja | neen |
| Huiduitslag, ademhalingsproblemen, bewustzijnsverlies, zwelling
aangezicht (omcirkel wat van toepassing is) | ja | neen |
| Andere: | | |
| - Hoe lang geleden had u deze reactie? | | |
| • Heeft u ooit een zware allergische reactie gehad op een ander product dan contraststof , bv. ademhalingsproblemen, zwelling
aangezicht, hartstilstand | ja | neen |
| - Zo ja, op wat? | | |

NIERFUNCTIE

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|
| • Hebt u suikerziekte (diabetes)? | ja | neen |
| • Bent u een metformine-gebruiker: neemt u één van de volgende geneesmiddelen: Glucophage®, Metformine®, Glucovance®, Metformax®? | ja | neen |

STOLLING

- | | | |
|------------------------------------------------------------------|----|------|
| • Neemt u bloedverduunners? | ja | neen |
| • Hebt u een aandoening die de stolling van uw bloed beïnvloedt? | ja | neen |

ANDERE

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------|----|------|
| • Bent u zwanger? | ja | neen |
| • Bent u in behandeling voor schildklierkanker? | ja | neen |
| • Hebt u een gezwel van de bijnier (feochromocytoma, paraganglioma)? | ja | neen |
| • Andere belangrijke bemerkingen? | | |
| | | |
| | | |

Naam en voornaam:

Datum:

Gelezen en goedgekeurd
(Handtekening)