

**Sint-Trudo Ziekenhuis**Diestersteenweg 100
3800 Sint-TruidenSecretariaat radiologie:

t: 011 69 92 75

f: 011 69 92 90

AANVRAAGFORMULIER DIENST RADIOLOGIE - CT

PER KLINISCHE VRAAGSTELLING IS EEN APART AANVRAAGFORMULIER VEREIST!

IDENTIFICATIE VAN DE PATIENT (*):

Naam:

Voornaam:

Geboortedatum:

Geslacht: M V **VOORGESTELD(E) ONDERZOEK(EN):** RX ECHO CT NMR mammografie ANDER:**RELEVANTE KLINISCHE INLICHTINGEN (*):****DIAGNOSTISCHE VRAAGSTELLING (*):****RELEVANTE BIJKOMENDE INLICHTINGEN (*):**

- Diabetes
- Zwangerschap
- implantaat:
- Hepatitis B/C
- MRSA
- HIV
- Andere:

VORIGE RELEVANTE ONDERZOEKEN I.V.M. DE DIAGNOSTISCHE VRAAGSTELLING (*):

- RX
- ECHO
- CT
- NMR
- Onbekend
- Andere:

VERPLICHTE INFORMATIE AANVRAGENDE ARTS BIJ CONTRASTONDERZOEKEN EN/OF INTERVENTIONELE ONDERZOEKEN

Duid aan indien van toepassing:

- Nierfunctie: (e)GFR > 60 ml/min.
- Nierfunctie: (e)GFR < 60 en > 30 ml/min.
- Nierfunctie: (e)GFR < 30 ml/min.
- Allergie

Datum bloedname:

Indien aanvraag voor drainage, punctie, arterio of biopsie:
controle stollingsparameters vóór het onderzoek.**STEMPEL VOORSCHRIJVER (*):**

(naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer zijn verplicht)

Datum:

Handtekening:

Dit aanvraagformulier komt pas voor terugbetaling door het RIZIV in aanmerking als alle verplichte rubrieken (aangeduid met (*)) correct ingevuld zijn door de aanvragende arts (cfr. RIZIV-bepalingen per 01/03/2013). Indien dit niet het geval is, kan de normale afwerking van het aangevraagde onderzoek vertraging oplopen. Onvolledig ingevulde formulieren worden niet in behandeling genomen.

CT-VRAGENLIJST

Identificatie patiënt (etiket)

Wat is uw gewicht en uw lengte?
..... kgm

Bij onderstaande vragen omcirkelen wat van toepassing is.

ALLERGIE

- Heeft u ooit een foto/scanner laten maken waarbij een **contrastvloeistof werd toegediend via een bloedvat**? Ja Neen
 - Zo ja, heeft u toen allergisch gereageerd? Ja Neen
 - Zo ja, welke reactie had u toen?
Huiduitslag, ademhalingsproblemen, bewustzijnsverlies, zwelling, aangezicht (omcirkel wat van toepassing is)
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

Indien u één van deze vragen positief beantwoordt, is een **RECENTE bloedname met nierfunctie nodig (< 1 maand)**

- Bent u ouder dan 70 jaar? Ja Neen
- Hebt u een nierziekte (niertransplant, 1 nier, niertumor, operatie aan nier)? Ja Neen
- Hebt u verhoogde bloeddruk waarvoor u medicatie moet nemen? Ja Neen
- Hebt u suikerziekte (diabetes)? Ja Neen
- Bent u een metformine-gebruiker: neemt u één van de volgende geneesmiddelen: Glucophage®, Metformine®, Glucovance®, Metformax®? Ja Neen

ANDERE

- Bent u zwanger? Ja Neen
- Bent u in behandeling voor schildklierkanker? Ja Neen
- Heeft u een glucosesensor? Ja Neen
- Andere belangrijke bemerkingen?
.....
.....

Indien van toepassing voor uw onderzoek:

TOESTEMMING VOOR INTRAVENEUZE CONTRASTTOEDIENING

Het door uw arts aangevraagde onderzoek vereist soms de toediening van een contrastmiddel via de bloedbaan. Indien u geen bestaande infuusleiding heeft, is het noodzakelijk dat de verpleegkundige een oppervlakkige ader aanprikt en er een infuusleiding plaatst. De injectie met contrastmiddel kan in zeldzame gevallen een milde allergische reactie veroorzaken. Ernstige en levensbedreigende allergische reacties zijn zeer uitzonderlijk (minder dan 0,001 %).

Indien u hierover verdere vragen heeft of bijkomende inlichtingen wenst, zijn wij graag bereid u hierbij te helpen.

Door dit document te ondersteken laat u verstaan dat:

- u de verschaft informatie gelezen en begrepen heeft;
- u de kans heeft gehad om hierover vragen te stellen;
- u toestemming geeft voor het toedienen van een contrastmiddel via de bloedbaan.

Naam en voornaam:

Datum:

Gelezen en goedgekeurd,
(handtekening)