

CT and IV Contrast History and Screening Form

Nombre del Paciente _____

Fecha _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Peso _____

Sexo Masculino / Femenino

¿Cuál es el motivo para el CT hoy?

¿Ha tenido radiografías, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas o ultrasonidos anteriores?

Sí / No

Si respondió afirmativamente: ¿Qué? _____

¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____

Historial de Contraste IV:

¿Tienen asma y/o enfermedad respiratoria alérgica? Sí / No

¿Fuma? Sí / No

¿Tiene diabetes? Sí / No

Si respondió afirmativamente, ¿toma medicamentos orales que contengan metformina? Sí / No

Glucófago / Metaglip /Avandamet / Riomet / Fortamet /Glucovance

¿Tiene insuficiencia renal? Sí / No

¿Tiene enfermedad cardíaca/cardiopatía? Sí / No

¿Ha sufrido un derrame cerebral? Sí / No

¿Tiene problemas en el hígado/hepática? Sí / No

¿Tiene trastorno de convulsiones? Sí / No

¿Tiene problemas en las tiroides? Sí / No

¿Toma anticoagulantes? Sí / No

Si respondió afirmativamente, ¿que tipo? _____

¿Tiene cáncer? Sí / No

Si respondió afirmativamente, ¿que tipo? _____

Radiation therapy: Yes/ No Chemotherapy: Yes/ No

¿Está embarazada? Sí / No

Fecha de su último periodo menstrual: _____

¿Está amamantando a su bebé? Sí / No

Mencione todas las cirugías previas:

Mencione todos los medicamentos que toma regularmente:

Mencione alguna alergia a medicamentos:

Mencione alguna alergia a la comida:

Have you ever had an allergic reaction to x-ray contrast (IODINE DYE)? Yes / No

If yes, please explain:

IV Contrast Consent

CT/MRI examinations often require the use of contrast materials to enhance the visibility of certain tissues or blood vessels. The contrast material may be given as something to drink before your exam, or injected intravenously during your exam. The intravenous contrast material contains IODINE and some people may be allergic. We screen all of our patients for this prior to administering the intravenous contrast material. We use non-ionic contrast material which is proven to be more tolerable. Some reactions such as nausea, vomiting, skin rash, or other more severe reactions can occur, but are more uncommon. With the safety of the new non-ionic contrast material, adverse effects are very rare.

I attest that the information is correct to the best of my knowledge. I have read and understood the entire contents of this form. I also understand the procedure, risks and possibilities of complications. I give my permission for oral and/or IV contrast solution to be given if necessary and I have had the opportunity to ask questions regarding the information on this form.

Patient's, parent or guardian signature _____ Date _____

Print patient's name _____

Witness Signature _____ Date _____

Stop Here- To be completed by the technologist

Technologist Reason for exam

Pertinent history

Oral contrast given _____ Amount _____

IV contrast given Contrast type/Lot # _____ Amount _____ (CCs)

Needle gauge _____ IV site _____

BUN _____ Creatinine _____ Date drawn _____

Contrast allergy: Yes / No Patient premedicated for exam: Yes / No

Contrast reaction: Yes / No Discharge instructions given for contrast reaction: Yes / No

Discharge instructions given for Glucophage/Glucoavance/Metformin Yes / No

Additional Comments:
