

Screeningsformulier Cardio CT-onderzoek

Dit formulier invullen vóór uw onderzoek

UW GEGEVENS

Naam & voornaam:

Geboortedatum:

Lengte: Gewicht:

NAAM & HANDTEKENING VERPLEEGKUNDIGE

Datum: / / 20

1. Bent u nuchter? Ja Neen
2. Had u eerder al een cardio CT of een röntgenonderzoek van de bloedvaten (angiografie)? Ja Neen
3. Hebt u een pacemaker? Ja Neen
4. Bent u allergisch voor bepaalde producten, medicatie ... ? Ja Neen
Zo ja, voor welk(e)?
5. Hebt u contra-indicaties voor bètablokkers? Ja Neen
6. Hebt u contra-indicaties voor nitraten? Ja Neen
7. Bent u (mogelijk) zwanger of geeft u borstvoeding? Ja Neen
8. Hebt u ernstige nierproblemen? Ja Neen
9. Hebt u last van hartfalen? Ja Neen
10. Hebt u in de laatste maanden een hart- of een herseninfarct gehad? Ja Neen
11. Kreeg u ooit contraststof ingespoten voor een onderzoek? Ja Neen
Zo ja, voor welk onderzoek?
Had u daarbij nevenwerkingen, een allergische reactie of andere hinder? Ja Neen
Zo ja, welke?
12. Hebt u astma of bent u COPD-patiënt? Ja Neen
13. Hebt u deze ochtend medicatie ingenomen? Ja Neen
Zo ja, welke?
14. Hebt u de laatste 24 uur medicatie voor erectiestoornissen genomen (Viagra, Cialis, Levitra)? Ja Neen
15. Hebt u de laatste 24 uur koffie, thee, nicotine genuttigd? Ja Neen
16. Hebt u suikerziekte (diabetes)? Ja Neen
Neemt u hiervoor medicatie? Ja Neen
Gebruikt u de flash sensor om uw bloedsuiker te meten? Ja Neen
17. Hebt u een bloed- of beenmergziekte? (ziekte van Kahler, sikkelcelziekte, polycythemie) Ja Neen
18. Andere belangrijke opmerkingen over uw gezondheidstoestand? Ja Neen
Zo ja, welke?

(1) Ik heb alle gewenste informatie over dit onderzoek en zijn risico's gekregen.

(2) Ik geef toestemming voor uitvoering van dit onderzoek bij mezelf bij mijn minderjarig kind.

Handtekening:

ALLE PLEISTERS (OOK HORMONALE, PIJN- OF NICOTINEPLEISTERS) VÓÓR HET ONDERZOEK VERWIJDEREN

