

CUESTIONARIO PARA LA UTILIZACION DE MEDIOS DE CONTRASTE IODADOS

Nombre y apellido del paciente:.....Edad:.....

Estudio solicitado:.....

Medico Solicitante.....

Ambulatorio () Internado () Urgencia () Registro:.....Hab.:.....

CUESTIONARIO (Marcar con "X")

1. ¿Ha realizado alguna vez estudios con inyección de contrastes endovenosos? SI () NO ()

2. ¿Presentó reacciones adversas a los medios de contraste endovenosos?.....SI () NO ()

3. ¿Padece enfermedades cardiacas?..... SI () NO ()

4. ¿Padece enfermedades renales? SI () NO ()

5. ¿Padece enfermedades tiroideas?..... SI () NO ()

6. ¿Padece asma bronquial?..... SI () NO ()

7. ¿Tiene antecedentes de enfermedades alérgicas?.....SI () NO ()

8. ¿Padece diabetes?.....SI () NO ()

9. ¿Padece miastenia gravis, mieloma?..... SI () NO ()

10. ¿Padece enfermedades Hematológicas?.....SI () NO ()

¿Cuales?.....

11. ¿Consume medicamentos?.....SI () NO ()

¿Cuales?.....

Dejo constancia de haber leído y comprendido este cuestionario y el texto que acompaña

.....
Nombre y Apellido

.....
Firma

Reacciones durante el estudio: Ninguna () Moderada () Leve () Grave ()

Médico a cargo del estudio.....Fecha.....

.....
Firma

.....
Matrícula Número