

BẢN CÂU HỎI TRƯỚC CHỤP CẮT LỚP CÓ CẢN QUANG

Name/ Họ tên: Weight/ Cân nặng: _____ Kg		Giới tính:	Ngày sinh:	Checked by staff <i>Kiểm tra bởi nhân viên CDHA</i>
Physician/Bác sĩ chỉ định:				
Is there any personal history of allergy to iodinated contrast media?	<i>Có tiền sử dị ứng với chất cản quang có Iode hay không?</i>	<input type="checkbox"/> Yes Có	<input type="checkbox"/> No Không	<input type="checkbox"/>
Is there any asthma, nettle-rash or other allergy?	<i>Có bị suyễn, nổi mề đay hay dị ứng nào khác không?</i>	<input type="checkbox"/> Yes Có	<input type="checkbox"/> No Không	<input type="checkbox"/>
Have you been diagnosed with kidney disease?	<i>Có từng bị bệnh thận không?</i>	<input type="checkbox"/> Yes Có	<input type="checkbox"/> No Không	<input type="checkbox"/>
Have you been diagnosed with thyroid disease?	<i>Có từng bị bệnh tuyến giáp không?</i>	<input type="checkbox"/> Yes Có	<input type="checkbox"/> No Không	<input type="checkbox"/>
Have you been diagnosed with diabetes disease/Is there any intake of Metformin, Avandamet, Glucophage, Actoplus Met?	<i>Có bị tiểu đường/ Đang sử dụng các Metformin hay các thuốc có chứa Metformin như Avandamet, Glucophage, Actoplus Met ?</i>	<input type="checkbox"/> Yes Có	<input type="checkbox"/> No Không	<input type="checkbox"/>
Is there any possibility of pregnancy?	<i>Bạn có đang có thai hay nghi ngờ có thai hay không?</i>	<input type="checkbox"/> Yes Có	<input type="checkbox"/> No Không	<input type="checkbox"/>
Is there any contrast usage in last 24h ?	<i>Có chụp hình với chất tương phản trong vòng 24 giờ qua hay không?</i>	<input type="checkbox"/> Yes Có	<input type="checkbox"/> No Không	<input type="checkbox"/>

Trong bất kỳ trường hợp nào có một câu trả lời có, các bác sĩ của Trung tâm chẩn đoán hình ảnh Yersin sẽ xem lại để cho quyết định cụ thể :

Chụp bình thường Không chụp
 Chụp sau khi kiểm tra chức năng thận Chụp sau khi ngưng thuốc Metformin 48h
 Chụp kèm theo biện pháp bảo vệ đặc biệt Chụp sau 24 giờ
 Ý kiến khác _____

If there is an YES answer, Yersin physician will review the case carefully before having the final decision on the requested study :

Normal protocol Exam cancelled
 Need results of kidney function To be done after discontinue Metformin 48h
 To be done with special protection To be done after 24h
 Other _____

Radiologist _____ **Date** _____

BẢN CAM KẾT ĐỒNG Ý SỬ DỤNG CHẤT CẢN QUANG CONSENT FORM FOR IV CONTRAST MATERIAL USAGE

Đôi khi chụp CT cần phải tiêm một liều chất tương phản (có gốc Iode) vào cơ thể quý khách qua một kim nhỏ đặt trong tĩnh mạch. Trong suốt quá trình tiêm thuốc, quý khách có thể cảm thấy nóng khi thuốc được tiêm vào, cảm giác đó là hoàn toàn bình thường .

Sometimes CT requires an injection of contrast. Contrast medication (Iode) is administered through a small needle placed into a vein. During the administration of CT contrast ,you may experience the sensation of the contrast being injected, which is normal and expected.

Cũng giống như các thuốc khác, chất tương phản có thể gây một vài triệu chứng dị ứng nhẹ. Các bác sĩ và nhân viên của Trung tâm chẩn đoán hình ảnh Yersin đã được huấn luyện để giải quyết mọi vấn đề theo cách tốt nhất. Ngoài ra, để làm giảm tác dụng phụ, chúng tôi luôn sử dụng loại chất tương phản tốt nhất và an toàn nhất.

As with all medications, there is a slight risk of an allergic reaction. The physicians and staff in the Imaging Department of Yersin are trained to respond to any emergency situation that may develop. In addition, we use the safest contrast, which our physicians believe is best for you.

Tôi, _____ xin cam kết các thông tin cá nhân được cung cấp ở trên là chính xác. Các thông tin về việc sử dụng chất tương phản có iod đã được đọc và hiểu về khả năng xảy ra tác dụng phụ. Tôi đồng ý sử dụng chất tương phản có iod và sẽ không khiếu nại nếu có phản ứng xảy ra .

I, _____ confirm that my personal information provided above is true . All information related to contrast material was read and understood completely , including the possibility of side effects. I agree to use the contrast material for the needed exam and won't complain in any case of reaction.

Signature

Date/Ngày

Chữ ký của Quý khách

Staff's name and signature
(Radiologist or radiographer):
Tên và chữ ký của nhân viên

*Chữ ký người thân hay người
giám hộ*