



REMISS RADIOLOGISK UNDERSÖKNING

REMITTERANDE ENHET		PATIENTENS PERSONNUMMER	
TEL. REM. AVD.: _____ TEL. REM. LÅK.: _____		PATIENTENS NAMN	
DATUM	REM. LÅKARE	FÖREGÅENDE RELEVANT RADIOLOGISK UNDERSÖKNING (VAD, NÅR, VAR)	
BETALNINGANSVARIG ENHET		PREL. SVAR. <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	PÅ AVD./OP. <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
UNDERSÖKNING		GRAVID <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	
ANAMNES, STATUS		FRÅGESTÄLLNING	AKUT <input type="checkbox"/> JA
			INOM 24 H <input type="checkbox"/> JA
VID UNDERSÖKNING MED KONTRASTMEDEL INTRAVASKULÄRT: TILLHÖR PATIENTEN RISKGRUPP (NEDSATT NJURFUNKTION, DEHYDRERING, DIABETES MELLITUS, ÅLDER ÖVER 70 ÅR, MYELOM) FÖR ATT UTVECKLA KONTRASTMEDELSNEFROPATI?			
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ OM RISKPATIENT, ANGE KREATINVÄRDE: P-KREA _____ $\mu\text{MOL/L}$			