

قسم الأشعة، Ryhov County Hospital الاسم
رقم المعرف الشخصي
القسم

أسئلة يجب الإجابة عنها قبل الفحص بالأشعة السينية باستخدام مادة تباين معالجة باليود

أثناء الفحص بالأشعة السينية، يتم حقن مادة التباين في الوعاء الدموي. ويندر وجود خطر للأثار الجانبية، ولكن لأجل السلامة، نطلب منكم الإجابة عن الأسئلة الواردة أدناه.

1. النساء: هل أنتِ حامل؟ *Kvinnor: Är du gravid?*
إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى التواصل مع قسم الأشعة.
 لا نعم
Nej Ja
2. هل سبق حقنك بمادة تباين في وعاء دموي؟
Har du tidigare fått kontrastmedel insprutat i ett blodkärl?
إذا كان الجواب نعم، فهل كان لديك أي رد فعل على ذلك أو وجدت أي آثار جانبية؟
Om ja, fick du någon reaktion, biverkning av detta?
إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى التواصل مع قسم الأشعة.
 لا نعم
3. هل تعاني من الربو؟ *Har du astma?*
إذا كنت تعاني من الربو، فيرجى إحضار دواء الربو الذي تتناوله معك عند حضورك للفحص.
 لا نعم
4. هل سبق أن عانيت من رد فعل تحسسي خطير؟
Har du haft någon allvarlig allergisk reaktion?
إذا سبق لك أن عانيت من رد فعل تحسسي خطير، فيرجى الاتصال بقسم الأشعة.
 لا نعم
5. هل تعاني من مرض السكري؟ *Har du diabetes?*
 لا نعم
6. هل تتناول أقرصًا تحتوي على الميتفورمين؟
Använder du tabletter som innehåller metformin?
الأدوية التي يمكن لمرضى السكري ومتلازمة تكيس المبايض تناولها.
 لا نعم
7. هل تعاني أو سبق أن عانيت من مرض الكلى أو أجريت لك جراحة في الكليتين أو المسالك البولية؟
Har du eller har haft någon njursjukdom eller blivit opererad i njurarna eller urinvägarna?
 لا نعم
8. هل تعاني من أي مما يلي؟ *Har du något av följande?*
 لا نعم
 لا نعم
 لا نعم
 (أ) فرط الدرقية، أو تضخم الغدة الدرقية *Giftstruma, struma*
 (ب) الوهن العضلي الوبيل *Myasthenia gravis*
 (ج) كثرة مجموعة للخلايا البدنية *Systemisk mastocytos*

لحساب جرعة مادة التباين، لا بد من معرفة طولك ووزنك.

الوزن: كجم الوزن: الطول: سم
Vikt Längd

إذا كان لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بطبيبك أو قسم الأشعة، على الهاتف رقم 010- 242 24 26

من فضلك أحضر معك الاستمارة مستوفاة وبطاقة تعريف تحتوي على صورتك في يوم
الفحص.

توقيع قسم الأشعة
Signering röntgen

توقيع المريض/ الوكيل
Underskrift patient/ombud