

Personnr

Plats för etikett

Var vänlig fyll i nedanstående frågor

Längd:

Vikt:

Kryssa i rätt alternativ

Har du fått kontrastmedel i blodet tidigare? JA () NEJ ()

Om JA inom de fyra sista dygnen? JA () NEJ ()

Diabetes? JA () NEJ ()

Om JA vilken diabetesmedicin.....

Har du genomgått någon större operation
den senaste månaden? JA () NEJ ()

Känd njur- eller urinvägssjukdom? JA () NEJ ()

Behandlas du med smärtstillande/
antiinflammatoriska medel? JA () NEJ ()

Om JA vilken medicin.....

Behandlas du med cellgifter eller medicinering
som påverkar immunförsvaret? JA () NEJ ()

Om JA vilken medicin.....

För kvinnor i fertil ålder:

Är du gravid JA () NEJ ()