

สตีกเกอร์ HN.

แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อสารทึบรังสี

แพทย์ผู้ส่งตรวจ หน่วยงานที่ส่งตรวจ

Cr =mg% BUN..... eGFR =mL min⁻¹ 1.73 m² BW Kg วันที่ตรวจ

- ผล creatinine ไม่ควรเกิน 14 วันก่อนตรวจ ที่ต้องฉีดสารทึบรังสีเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคไต, ผ่านการผ่าตัดไต, มีโปรตีนในปัสสาวะ, เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, โรคเกาต์, กินยาที่มีผลต่อการทำงานของไต เช่น NSAIDs (ยาความดันทานได้)
- ในกรณีทั่วไป ผล creatinine ไม่ควรเกิน 1 เดือน ก่อนวันตรวจที่ต้องฉีดสารทึบ

ประวัติความเสี่ยง

- มีประวัติโรคของไต eGFR ต่ำกว่า 45 mL min ⁻¹ (ปรึกษา Nephrologist ก่อนฉีด)	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
- เป็นโรคเบาหวานหรือไม่	<input type="checkbox"/> เป็น	<input type="checkbox"/> ไม่เป็น
- ถ้าเป็นเบาหวานมีปัญหาเรื่องไตร่วมด้วยหรือไม่	<input type="checkbox"/> เป็น	<input type="checkbox"/> ไม่เป็น
- ได้รับการรักษาด้วย metformin หรือไม่ (ควรพิจารณา off ก่อนตรวจสารทึบรังสี)	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
- ได้รับการตรวจทางรังสีที่มีการฉีดสารทึบรังสีเข้าสู่หลอดเลือดภายใน 3 วันที่ผ่านมาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
- ผู้ป่วยเป็นโรคหัวใจล้มเหลว	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
- ผู้ป่วยอายุมากกว่า 70 ปี	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
- ผู้ป่วยกินยาที่มีผลต่อการทำงานของไต เช่น NSAIDs (ยาแก้ปวด), Aminoglycosides	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี

ประวัติความเสี่ยงต่อการแพ้สารทึบรังสี

- เคยมีประวัติแพ้สารทึบรังสีมาก่อนหรือไม่ (ในระดับกลางหรือระดับรุนแรง เช่น เป็นผื่นคันที่ต้องฉีดยาแก้แพ้, หลังฉีดสารทึบรังสีมีอาการหดรัดตัวของหลอดเลือด, มีความโลหิตต่ำ, ชัก, หัวใจวาย, หัวใจล้มเหลว)	<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย
- โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
- โรคภูมิแพ้ที่ขณะนี้ได้รับการรักษาอยู่หรือไม่	<input type="checkbox"/> รักษา	<input type="checkbox"/> ไม่รักษา
- ผู้ป่วยเป็นโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษอยู่หรือไม่	<input type="checkbox"/> เป็น	<input type="checkbox"/> ไม่เป็น

ประวัติความเสี่ยงอื่นๆ

- ผู้ป่วยตั้งครรภ์หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
- ผู้ป่วยให้นมบุตรอยู่หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
- ผู้ป่วยมีนัดการตรวจต่อมไทรอยด์ด้วยสารกัมมันตภาพรังสีหรือรักษามะเร็งต่อมไทรอยด์ ด้วยสารกัมมันตภาพรังสีภายใน 2 เดือน หลังการตรวจเอกซเรย์ครั้งนี้หรือไม่	<input type="checkbox"/> มีนัด	<input type="checkbox"/> ไม่มีนัด

- สรุป ผู้ป่วยไม่มีประวัติเสี่ยงและสามารถตรวจ CT SCAN ได้
 ผู้ป่วยมีประวัติเสี่ยงให้ปรึกษาพยาบาลและรังสีแพทย์/อายุรกรรมโรคไต

ข้อแนะนำสำหรับผู้ป่วย

- ภายใน 24 ชั่วโมงภายหลังการฉีดสารทึบรังสี ไม่ควรตรวจเลือดและปัสสาวะ
- ถ้าผู้ป่วยต้องตรวจทางด้านเวชศาสตร์นิวเคลียร์ต่อ เช่น Bone scan หรือ Red blood cell scan ควรทำการตรวจภายหลังจากการฉีดสารทึบรังสีไปแล้ว 24 ชั่วโมง

.....
เจ้าหน้าที่ซักประวัติ
..... / /

หนังสือยินยอมการตรวจด้วยสารทึบรังสี

วันที่

ตามที่แพทย์ผู้ทำการตรวจรักษาท่าน ได้ขอทำการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT SCAN) หรือการตรวจการทำงานของไต (IVP) ซึ่งจำเป็นต้องมีการฉีดสารทึบรังสีเข้าทางหลอดเลือด เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคโดยเห็นพยาธิสภาพชัดเจนขึ้นในภาพรังสีและสารนี้จะถูกขับออกทางปัสสาวะ ทำให้มีความเสี่ยงต่อภาวะไตวายเฉียบพลันได้มากขึ้น

โดยทั่วไปการฉีดสารใดๆ เข้าสู่ร่างกาย อาจเกิดอันตรายต่อเส้นประสาท หลอดเลือดแดง หลอดเลือดดำ อาจเกิดการแตกของหลอดเลือดระหว่างการฉีด ทำให้สารทึบรังสีรั่วไหลเข้าสู่เนื้อเยื่อรอบๆ เกิดผลข้างเคียงต่อผิวหนังและเนื้อเยื่อโดยรอบได้

ผู้ป่วยอาจมีปฏิกิริยาจากการฉีดสารนี้ ทั้งระดับไม่รุนแรง เช่น ผื่นคัน คลื่นไส้ อาเจียน ระดับปานกลาง เช่น ความดันโลหิตต่ำและระดับความรุนแรงมาก มีผลคุกคามต่อชีวิต ซึ่งพบได้น้อยมาก การเกิดปฏิกิริยาต่อสารทึบรังสีนี้ ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้า และไม่สามารถรับรองได้อย่างแน่นอนว่าจะไม่มีอาการแพ้

หนังสือยินยอมฉบับนี้

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว นามสกุล อายุ ปี
เลขที่ประชาชน ในฐานะ ผู้ป่วย ผู้มีอำนาจกระทำการแทนในฐานะ ของ
ผู้ป่วย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตรวจสอบโดยละเอียดถี่ถ้วนแล้ว ขอยินยอมให้รังสีแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ของ
หน่วยงานรังสีวินิจฉัยโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ ทำการตรวจโดยการฉีดสารทึบรังสีเข้าทางหลอดเลือดดำ ข้าพเจ้ารับทราบว่าจะอาจมี
เหตุสุดวิสัยเกิดขึ้นได้จากการแพ้สารทึบรังสี อาจเกิดอันตรายต่อชีวิตได้ หากเกิดมีเหตุจากโรคแทรกซ้อนหรืออันตรายอย่างใด
อย่างหนึ่ง อันเนื่องมาจากการตรวจข้างต้น ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องค่าทดแทนหรือฟ้องร้องดำเนินคดีทั้งทางแพ่งและทาง
อาญากับเจ้าหน้าที่และส่วนราชการต้นสังกัดของหน่วยงานแต่อย่างใดทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าขอลงลายมือชื่อ/พิมพ์ลายนิ้วมือ ไว้เป็นหลักฐานสำคัญ

ลงชื่อ (ตัวบรรจง)

ผู้ป่วย ผู้แทนผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะ

ลงชื่อ (พยาน)

()

ลงชื่อ (พยาน)

()