

แบบรายงานการแพ้สารทึบรังสี

ชื่อ-นามสกุล ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี HN.....

แพทย์เจ้าของไข้.....หน่วยงาน.....วันที่ทำการตรวจ.....

การวินิจฉัยโรค..... Underlying Risk

การป้องกันการแพ้ Regimen ที่ใช้ในการ Prophylaxis Contrast allergy

รังสีแพทย์ประจำการตรวจ.....การตรวจ.....

สารทึบรังสีที่ใช้.....ความเข้มข้น.....ปริมาณที่ใช้..... ML

Lot ที่ผลิต.....

ให้ยาทาง Intra venous Injection Intra arterial Injection

การเกิดอาการ ขณะให้สารทึบรังสี ขณะกำลังตรวจหลังให้ CM ประมาณ.....นาที หลังตรวจเสร็จ.....นาที/ชั่วโมง

อาการแพ้ที่พบ Vital signs BP.....mmHg PR...../min RR...../min

ระดับแพ้ Mild.....

Moderate.....

Severe.....

การรักษาที่ให้ รายงานแพทย์เจ้าของไข้ Observe อาการไม่ได้ให้ยา

ให้ Oral CPM.....tabs IV CPM

ส่งต่อห้องฉุกเฉิน

อาการหลังรักษา ดีขึ้น คงเหลืออาการคือ ระดับความน่าจะเป็นของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ADR Probability Scale

(Naranjo's score).....เต็ม

.....(ผู้บันทึก)

()