

CT-scan hart vragenlijst – Oekraïens

Анкета – Комп'ютерна томографія серця

Ваше ім'я: _____

Ваша дата народження: _____

Ваша вага: _____ кг та зріст: _____ м

1. Чи робили Ви упродовж останнього тижня
- КТ-сканування з використанням йодовмісного контрасту? так ні
- Катетеризацію серця? так ні
2. Чи є у Вас алергія на йодовмісний контраст? так ні
Якщо так, то наскільки серйозною була реакція?
 Легка алергічна реакція зі свербінням, червоним висипом або нудотою
 Серйозна алергічна реакція, що вимагала медичного втручання (наприклад, скарги на задуху, госпіталізація)
3. У Вас є проблеми внаслідок прискореної роботи щитоподібної залози? так ні
4. Вам “важко даються щеплення”? так ні
5. Чи проводили Вам коли-небудь операцію зі збереження грудей або операцію з їх видалення? так ні
Якщо так, то з якої сторони?
 Зліва
 Справа
Чи при проведенні такого роду операції Вам було видалено лімфатичний вузол в області пахви? так ні
6. Для жінок: Ви (можливо) вагітні? так ні
7. Ви палите або, можливо, палили раніше? так ні
8. У Вас спостерігається високий кров'яний тиск (гіпертонія)? так ні
Чи приймаєте Ви у зв'язку з цим ліки? так ні

9. У Вас спостерігається низький кров'яний тиск (гіпотонія)?
Чи приймаєте Ви у зв'язку з цим ліки? так ні
 так ні
10. Чи страждаєте Ви на хронічне обструктивне
захворювання легень (COPD)? так ні
11. У Вас підвищений рівень холестерину?
Чи приймаєте Ви у зв'язку з цим ліки? так ні
 так ні
12. Чи страждає хтось із членів Вашої родини на
захворювання серця? так ні
13. Чи був у Вас серцевий напад (інфаркт)? так ні
14. Чи скаржитесь Ви на серце при навантаженнях? так ні
15. Чи проводилася для Вас операція з шунтування
("bypass" або "обхідна операція") серця? так ні
16. Чи здійснювалося для Вас стентування серця? так ні
17. У Вас є алергія на ті чи інші ліки? так ні
18. Чи вживаєте Ви пігулки "Віагри"? так ні

**Вживання ліків в рамках підготовки до сканування методом комп'ютерної
томографії**

Чи приймали Ви ті чи інші ліки під час підготовки до проходження сканування методом
комп'ютерної томографії?

Якщо так, просимо вказати назву препарату:

Доза препарату: _____ мг.

Кількість вжитих таблеток на добу: _____ штук.

Просимо взяти цю заповнену анкету з собою на прийом.