

CT Exam Questionnaire

NAME: _____ Date: _____ MRN: _____

Date of Birth: _____ Required: Weight: _____ Height: _____

Do you have any of the following conditions:

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1. Diabetes | ☐ YES | ☐ NO |
| 2. Renal insufficiency | ☐ YES | ☐ NO |
| 3. Currently on dialysis | ☐ YES | ☐ NO |
| 4. List all diabetic medicines | ☐ YES | ☐ NO |
| 5. _____ | | |
| 6. Pregnant/breast feeding | ☐ YES | ☐ NO |
| 7. Multiple myeloma | ☐ YES | ☐ NO |
| 8. Hyperthyroidism | ☐ YES | ☐ NO |
| 9. Thyroid Cancer | ☐ YES | ☐ NO |
| 10. Pacemaker | ☐ YES | ☐ NO |
| 11. Removable dentures/partial | ☐ YES | ☐ NO |

Have you ever had a reaction to CT iodine contrast? Check all that apply:

1. Rash/Hives 2. Nausea/vomiting 3. Swelling; eyes, face 4. Difficulty breathing
5. Other _____

What are your symptoms regarding this exam today? _____

List all prior surgeries: _____

Have you had any other exams pertaining to this procedure? (Prior CT, Ultrasound, MRI, X-ray) and at which facility?

Are there any medical conditions or concerns that we should be aware of?

As part of your examination, the radiologist may deem it advisable to give you an injection of non-ionic iodine contrast. However, our radiologists reserve the right to deny contrast if not deemed necessary according to the ACR guidelines due to the potential impact contrast may have on the kidneys. Some reactions such as nausea, vomiting, change in blood pressure, skin rash, or other more severe reactions may occur but are uncommon

I attest that the answers I have provided to questions on this form are correct to the best of my knowledge. I have read and understand the entire contents of this form and have had the opportunity to ask questions regarding the information on this form.

Signature _____ Date signed _____

Cuestionario de Examen de Tomografía (CT)

Nombre: _____ MRN: _____

Fecha de nacimiento: _____ REQUERIDO: Peso: _____ Estatura: ____

¿Tiene usted alguna de las siguientes condiciones?:

1. Diabetes ☐ Sí ☐ No
2. Insuficiencia renal ☐ Sí ☐ No
3. Actualmente en diálisis ☐ Sí ☐ No
4. Liste todos los medicamentos para la diabetes:

5. _____

6. Embarazada / amamantando ☐ Sí ☐ No
7. Mieloma múltiple ☐ Sí ☐ No
8. Hipertiroidismo..... ☐ Sí ☐ No
9. Cáncer de tiroides ☐ Sí ☐ No
10. Marcapasos ☐ Sí ☐ No
11. Dentaduras parciales / removibles ☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez ha tenido una reacción al **contraste yodado (CT iodine contrast)**? Marque todas las que apliquen:

1. ☐ Sí ☐ No Erupción / Urticaria
2. ☐ Sí ☐ No Náusea / Vómito
3. ☐ Sí ☐ No Hinchazón: ojos, cara
4. ☐ Sí ☐ No Dificultad para respirar
5. ☐ Sí ☐ No Otro _____

¿Cuáles son sus síntomas relacionados con este examen hoy?

Liste todas las cirugías previas:

¿Ha tenido algún otro examen relacionado con este procedimiento?

(Por ejemplo: Tomografía previa, Ultrasonido, MRI, Rayos X) ¿y en qué centro?

¿Hay alguna condición médica o preocupación que debamos saber?

Como parte de su examen, el radiólogo puede considerar aconsejable administrarle una inyección de contraste yodado no iónico. Sin embargo, nuestros radiólogos se reservan el derecho de negar el uso de contraste si no se considera necesario de acuerdo con las guías del ACR, debido al posible impacto que el contraste puede tener en los riñones. Algunas reacciones como náusea, vómito, cambio en la presión arterial, sarpullido u otras reacciones más severas pueden ocurrir, aunque son poco comunes.

Declaro que las respuestas que he proporcionado en este formulario son correctas según mi mejor conocimiento. He leído y entiendo el contenido completo de este formulario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información contenida en él.

Firma: _____ Fecha de firma: _____