

Iohexolclearance, Arbetsprotokoll

Kundkod: _____

Namn och personnummer:

Sjukhusets ort: _____

Ans. läkare (Namn/RS-id enligt remiss): _____

Utförd på avd/mott: _____

Identitet styrkt: Ja Nej Sign _____

Datum: 20____ - ____ - ____

Vikt: _____ kg Längd: _____ cm

P-Kreatinin: _____ µmol/L eller P-Cystatin C _____ mg/L (provtagningsdatum _____)

Estimerat relativt GFR mL/min/1,73 m²: _____ Estimerat absolut GFR mL/min: _____

Har patienten fått röntgenkontrastmedel senaste 4 dyggen? Nej Ja (us kan ej utföras)

Tidigare överkänslighetsreaktion på kontrastmedel? Nej Ja (us kan ej utföras) Feber: Ja Nej

Har patienten myasthenia gravis? Nej Ja (om ja kontakta jourläkare)

Given dos: 5 mL Annan: _____ mL Injicerad kl: _____ Omnipaque (300 mg I/mL)

Fullständigt namn på utförare (injicering): _____ RS-id: _____ Tel: _____

Nummeretikett	Tid (exakt klockslag)	Sign	Iohexolkonc (mg/L)	Ev. anmärkn
	_____ : _____			
	_____ : _____			
	_____ : _____			
	_____ : _____			
	_____ : _____			

Instruktion

Iohexolclearance, ArbetsprotokollGäller för
Klinisk kemi

SKÅNE

Formulera härunder den text (incidenter mm) som skall journalföras och signera.

För utförare inom Labmedicin Skåne: Journalför besöket för eventuell senare journalföring i DecLab. Kryssa i rutan "Utan anmärkning" om inget inträffat. Signera.

Utan anmärkning

Sign/RS-id: _____

Extern sjukvårdspersonal

Sign/RS-id: _____

Journalanteckning:

Rekommenderad provtagningstid enligt tabell 3 i metodbeskrivningen:

Övrigt, ex kommentar från beställande läkare:

➤ 2-punktsclearance

Observera att det måste vara minst 60 minuter mellan provtagningstid 1 och 2.

➤ 4-punktsclearance

Observera att det måste vara minst 60 minuter mellan provtagningstid 1 och 4.

Batchnr Omnipaque: