



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
DANIŞMANI TEDAVİ VE AMELİYATLARA BAĞLI

RADYOLOJİ ÜNİTESİ ANJİYOGRAFİ VE GİRİŞİMSSEL İŞLEMLER HASTA BİLGİ FORMU

Lütfen formu dikkatle ve doğru olarak doldurunuz. Eksik ya da yanlış bilgilendirme tetkik ve tedavi işlemlerinizi ile ilgili olumsuz sonuçlara neden olabilir.

1.Hasta adı- soyadı:

Tarih:

Yaş:

Cinsiyet:

Telefon:

2.Daha önce ilaçlı film çektiniz mi?:

3.Herhangi bir allerjik hastalığınız veya ilaç allerjiniz var mı?:

Evet ise açıklayınız:

4.Hamilelik olasılığınız var mı? (bayan hastalar için):

5.Kronik hastalıklarınız var mı? İşaretleyiniz:

Diabet (şeker hastalığı)

Akciğer hastalığı (KOAH, astım, vb)

Hipertansiyon (yüksek tansiyon)

Böbrek hastalığı (dializ, ameliyat vb)

Kalp hastalığı, ameliyatı vb.

Tiroid hastalığı (hipertiroidi, zehirli guatr vb)

Diğer (açıklayınız):

6.Kullanmakta olduğunuz ilaçlar:

Aspirin

Plavix

Kumadin

Şeker hastalığı ilaçları

Heparin

Steroid (kortizon)

Diğer (isimlerini yazınız):

Yukarıda beyan ettiğim/edilen bilgiler tam ve doğrudur.

Hasta veya yakını ad-soyad:

İmza:

Tarih/Saat



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
DENEYİMİ GÖZETİM VE AKADEMİK BAŞKANLIĞI

RADYOLOJİ ÜNİTESİ ANJİYOGRAFİ VE GİRİŞİMSEL İŞLEMLER HASTA BİLGİ FORMU

Bu bölüm sağlık personeli tarafından hasta tetkik odasına alınmadan önce doldurulacaktır.

1.Hastanın şikayeti/endikasyon:

2.Gönderen doktor/klinik:

3.Planlanan işlem:

4.Geçirilmiş ameliyat ya da girişimsel tedaviler:

5.Damar yolu açık mı?

6.Foley sonda endikasyonu var mı? (uzun sürecek işlem, pelvik girişimler, vb.)

7.Antibiyotik profilaksisi yapıldı mı? (prostatik kapak, septik işlem, embolizasyon, vb. için):

8.Tahiller (tarihleriyle):

Kreatinin:

PT:

PTT:

INR:

Diğer:

Trombosit:

HBsAg:

Anti HCV:

Anti HIV

Formu dolduran personel:

İmza:

Tarih/Saat