



Encuesta de Pesquisa pacientes alérgicos o portadores de enfermedades crónicas

ADMINISTRACIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE IODADO

Nombre y Apellidos	Rut	Firma Paciente o Representante Legal
--------------------	-----	--------------------------------------

Reacciones Adversas

	SI	NO
¿Se ha realizado alguna vez examen con medio de contraste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tuvo alguna reacción adversa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si su respuesta es sí, ¿qué tipo de reacción tuvo y cuánto tiempo post inyección de MC?		
Realizar Profilaxis según esquema, si existe factor de riesgo.		

Reacciones Adversas Renales

	SI	NO
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de metformina en las últimas 48 hrs (VFG<45 ml/min)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardiaca congestiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Funcional Renal (Hemodiálisis, ERC, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía renal como nefrectomía parcial o total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras enfermedades crónicas o cirugías: _____		

Si aplica

	SI	NO
Probabilidad de embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha última regla	_____	
Valor VFG _____ mg/dl Valor referencia: \geq a 45 ml/min/1.73 m ²	¿Alergia a algún medicamento? Describa que medicamento. _____	
_____ Nombre y firma Responsable aplicación de Encuesta Fecha:	_____ V°B° Tecnólogo Medico Fecha examen:	