

**CT Contrast Injection Patient Questionnaire--Russian**  
**Инъекция Контрастного Агента для Компьютерной Томографии**

Patient Name: \_\_\_\_\_  
**Фамилия / Имя**

Date: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ Sex:  M  F  
**Дата: \_\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Вес: \_\_\_\_\_ Рост: \_\_\_\_\_ Пол:**

**What is the reason this exam was ordered?** \_\_\_\_\_  
**В связи с чем была заказана эта проверка?**

**Yes No**

1. Do you have any allergies to food or medicine?

**ДА НЕТ**

If Yes, please list: \_\_\_\_\_

**Есть ли у вас аллергия на пищу или лекарства?**

**Если ДА, перечислите на какие:**

2. If you had a previous reaction to a contrast injection in CT or MRI, what kind of reaction did you have? Describe reaction: \_\_\_\_\_

**Была ли у вас реакция на контрастный агент, вводимый при компьютерном (СТ) или магнито-резонансном (MRI) сканировании? Если ДА, то какая? Опишите реакцию**

3. If you had a prior reaction to a contrast injection, have you been premedicated with a corticosteroid (such as prednisone or solumedrol)?

**Если у вас на предыдущем сканировании была реакция на инъекцию контрастного агента, нужно ли вам было принять перед тестом кортикостероидное лекарство как например преднизолон.**

4. Are you allergic to latex?

**Есть ли у вас аллергия на резиновые перчатки?**

5. Do you have diabetes?

**Есть ли у вас диабет?**

6. If you have diabetes, are you on insulin?

**Если у вас диабет, принимаете ли вы инсулин?**

7. Do you take pills for your diabetes? Check all that apply

**Принимаете ли вы таблетки от диабета? Отметьте всё, что имеет отношение**

*Metformin* – containing medication

other \_\_\_\_\_

**Лекарства, содержащие *Метформин* другие**

8. Do you have asthma, COPD, emphysema or other respiratory problems?

**Есть ли у вас астма, ХОЗЛ (*хроническое обструктивное заболевание лёгких*), эмфизема или другие респираторные заболевания?**

9. If you have asthma, do you use an inhaler?

**Если у вас есть астма, надо ли вам пользоваться ингалятором?**

10. Are you on hypertensive (high blood pressure) medication?

**Принимаете ли вы таблетки от высокого кровяного давления?**

11. Have you ever been told that you have had heart failure?

**Вам когда-нибудь говорили, что у вас сердечная недостаточность?**

12. Are you on any heart medication? Please list \_\_\_\_\_

**Принимаете ли вы лекарства для сердца? Перечислите:**

PT.NO

NAME

DOB

Place EPIC Label Within Box

**UW Medicine Health System**

Harborview Medical Center – UW Medical Center

Northwest Hospital & Medical Center – University of Washington Physicians

Seattle, Washington

**CONTRAST INJ PT QUESTIONNAIRE-RUSSIAN**



\*U2359\*

UH2359 REV JUL 10

Yes No

ДА НЕТ

13. Do you have or have you ever had kidney problems in the past or present?  
Check all that apply:  
Были ли у вас в прошлом или есть сейчас проблемы с почками? Отметьте всё, что имеет отношение.
- |                                                           |                                                                    |                                                    |                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> kidney stones<br>камни в почках  | <input type="checkbox"/> blood in urine<br>кровь в моче            | <input type="checkbox"/> renal cancer<br>рак почки | <input type="checkbox"/> kidney transplant<br>пересадка почки                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> kidney removal<br>удаление почки | <input type="checkbox"/> renal failure<br>почечная недостаточность |                                                    | <input type="checkbox"/> chronic use of NSAIDs:<br>хроническое употребление нестероидных противовоспалительных средств: advil/naproxen/ibuprofen |
14. If you have kidney problems--Have you been premedicated with Mucomyst® (acetylcysteine)?  
Если у вас есть проблемы с почками, должны ли вы принимать Mucomyst® (Ацетилцистин) перед проверкой?
15. Are you on dialysis?  
Вы на диализе?
16. Female: Is there any possibility you could be pregnant?  
(для женщин) Есть ли какая-то вероятность того, что вы беременны?
17. Have you ever had a transplant? Are you being evaluated for a possible transplant? If yes, what kind?  
Пересаживали ли вам когда-нибудь органы? Проходите ли вы аттестацию на трансплантацию? Если ДА, то какого органа?
18. Have you had major surgery? If so, what type \_\_\_\_\_  
Была ли у вас в жизни серьёзная операция? Если ДА, то какая?
19. Do you have a history of vascular surgery for Arteriosclerosis?  
Была ли у вас операция сосудов по поводу артериосклероза?
20. Do you have Sickle Cell disease?  
Есть ли у вас серповидно-клеточная анемия?
21. Do you have Myeloma?  
Есть ли у вас миелома?
22. Do you have active Gout?  
Есть у вас подагра в активной форме? другие другие
23. Do you have Lupus?  
Есть ли у вас волчанка?
24. Are you taking multiple antibiotics?  
Принимаете ли вы разные антибиотики?

PATIENT SIGNATURE	PRINT NAME	DATE
-------------------	------------	------

TECHNOLOGIST SIGNATURE	PRINT NAME	NPI	DATE	TIME
------------------------	------------	-----	------	------

PT.NO

NAME

DOB

Place EPIC Label Within Box

**UW Medicine Health System**  
Harborview Medical Center – UW Medical Center  
Northwest Hospital & Medical Center – University of Washington Physicians  
Seattle, Washington

**CONTRAST INJ PT QUESTIONNAIRE-RUSSIAN**



\*U2359\*