

CT Contrast Injection Patient Questionnaire
Câu Hỏi Bệnh Nhân Về Tiêm Chất Cản Quang Chụp Hình CT

Vietnamese

Patient Name / Tên Bệnh Nhân: _____

Date / Ngày: _____ Age / Tuổi: _____ Weight / Nặng: _____ Height / Cao: _____ Sex / Giới Tính: M/Nam F/Nữ

What is the reason this exam was ordered? / Lý do gì được phép chụp hình này? _____

Yes No

Có Không

1. Do you have any allergies to food or medicine?/Quý vị có dị ứng bất kỳ thức ăn hoặc thuốc không?
If Yes, please list/Nếu có, xin ghi : _____
2. If you had a previous reaction to a contrast injection in CT or MRI, what kind of reaction did you have? Describe reaction: _____
Nếu quý vị trước đây đã có phản ứng tiêm chất cản quang chụp hình CT hoặc MRI, quý vị đã có những phản ứng gì? Mô tả phản ứng: _____
3. you had a prior reaction to a contrast injection, have you been premedicated with a corticosteroid (such as prednisone or sol
Nếu quý vị trước đây đã có phản ứng tiêm chất cản quang, quý vị đã dùng thuốc dự bị Corticosteroid (như là thuốc prednisone hoặc solumedrol) không?
4. Are you allergic to latex?
Quý vị có phản ứng chất mủ cao su không?
5. **Do you have diabetes?**
Quý vị có bệnh tiểu đường không?
6. If you have diabetes, are you on insulin?
Nếu quý vị có bệnh tiểu đường, có dùng thuốc chính insulin không?
7. **Do you take pills for your diabetes? Check all that apply**
Quý vị uống thuốc viên cho bệnh tiểu đường không? Đánh dấu tất cả nếu có áp dụng
 Metformin – containing medication other _____
Thuốc *Metformin* – có thất thuốc thứ khác _____
8. Do you have asthma, COPD, emphysema or other respiratory problems?
Quý vị có bệnh suyễn, Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, bệnh khí thũng hoặc vấn đề hô hấp khác không?
9. If you have asthma, do you use an inhaler?
Nếu quý vị có bệnh suyễn, quý vị có dùng thuốc hít không?
10. **Are you on hypertensive (high blood pressure) medication?**
Quý vị có dùng thuốc tăng huyết áp (cao huyết áp) không?
11. Have you ever been told that you have had heart failure?
Quý vị có bao giờ cho biết rằng quý vị có suy tim không?

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-VIETNAMSE



U2359

UH2359 REV JUL 10

Có Không

12. Are you on any heart medication? Please list _____
Quý vị có dùng bất kỳ thuốc tim không? Xin liệt kê _____

13. Do you have or have you ever had kidney problems in the past or present?
Check all that apply:
Quý vị có hoặc từng có bệnh thận trong quá khứ hoặc hiện tại không?
 kidney stones/sỏi thận blood in urine/máu trong nước tiểu renal cancer/ung thư thận
 kidney transplant/thay thận kidney removal/thận cắt bỏ renal failure/suy thận
 chronic use of NSAIDs/mãn tính sử dụng của thuốc NSAIDs: advil /naprosyn/ibuprofen

14. If you have kidney problems--Have you been premedicated with Mucomyst® (acetylcysteine)?
Nếu quý vị có vấn đề về thận--Quý vị đã dùng thuốc dự bị Mucomyst® (acetylcysteine) không?

15. Are you on dialysis?
Quý vị có lọc thận không?

16. Female: Is there any possibility you could be pregnant?
Nữ giới: Quý vị có thể đang mang thai không?

17. Have you ever had a transplant? Are you being evaluated for a possible transplant? If yes, what kind?
Quý vị có bao giờ thay ghép không? Quý vị có phải đang thẩm định có thể thay ghép không? Nếu có, loại gì? _____

18. Have you had major surgery? If so, what type _____
Quý vị có phẫu thuật lớn không? Nếu có, loại gì? _____

19. Do you have a history of vascular surgery for Arteriosclerosis?
Quý vị có bệnh sử về phẫu thuật mạch máu về bệnh Xơ Cứng Động Mạch không?

20. Do you have Sickle Cell disease?
Quý vị có bệnh tiểu máu hồng cầu hình liềm không?

21. Do you have Myeloma?
Quý vị có bệnh U Tủy Xương không?

22. Do you have active Gout?
Quý vị có phát bệnh thống phong (gút) không?

23. Do you have Lupus?
Quý vị có bệnh Tự Miễn Dịch Mãn Tính (Lu Pus) không?

24. Are you taking multiple antibiotics?
Quý vị có dùng nhiều loại thuốc kháng sinh không?

PATIENT SIGNATURE/BỆNH NHÂN KÝ TÊN	PRINT NAME/VIẾT TÊN	DATE/NGÀY
------------------------------------	---------------------	-----------

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-VIETNAMSE



U2359