

CT Screening
Câu hỏi chụp hình CT

Vietnamese

Patient Name/ Tên Bệnh Nhân: _____

Today's Date: _____ **Age:** _____ **Weight:** _____ **Height:** _____ **Sex:** M F
Ngày Hôm Nay: _____ **Tuổi:** _____ **Cân nặng:** _____ **Chiều cao:** _____ **Giới tính:** Nam Nữ

	Yes Có	No Không	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If female: is there any possibility you could be pregnant? Nếu nữ: bạn có thể đang mang thai không?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Are you currently breastfeeding? Bạn đang cho con bú sữa mẹ không?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you had a previous reaction to iodinated contrast media (i.e. CT contrast dye or X-ray dye)? If yes, describe reaction: _____ Bạn đã có một phản ứng trước đây với vật liệu iodinated chụp hình (như là cản quang chụp hình CT hoặc vật liệu nhuộm X-quang) không? Nếu có, diễn tả phản ứng: _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If you had a prior reaction to iodinated contrast media, have you been pre-medicated with a corticosteroid (such as prednisone or Solu-Medrol)? _____ Nếu bạn đã có một phản ứng trước đây với vật liệu iodinated chụp hình, bạn có dùng thuốc Corticosteroid (như là thuốc prednisone hoặc thuốc Solu-Medrol) trước khi chụp hình không?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have any allergies to food or medication? If yes, please list: _____ Bạn có bất kỳ dị ứng với thực phẩm hoặc thuốc không? Nếu có, xin vui lòng liệt kê: _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have asthma? Bạn có bệnh suyễn không?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If yes, is your asthma currently affecting you? Nếu có, bệnh suyễn hiện đang có ảnh hưởng đến bạn không?
Δ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you take Glucophage (metformin)? / Bạn có dùng thuốc Glucophage (metformin) không?
Δ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have kidney disease or kidney failure or kidney transplant? / Bạn có bệnh thận hoặc suy thận hoặc thay ghép thận không?
Δ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have a history of kidney cancer or mass?/Bạn có ung thư thận hoặc khối u không?
Δ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have a family history of kidney failure? / Gia đình của bạn có ai có suy thận không? Have you previously had kidney surgery? / Trước đây bạn đã từng phẫu thuật thận không?

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine

Harborview Medical Center – University of Washington Medical Center
UW Neighborhood Clinics – Valley Medical Center
University of Washington Physicians Seattle, Washington

CT SCREENING - VI

Page 1 of 2



UH2359VI REV JAN 20

*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you had a recent illness or infection in the past week? Type: _____ Gần đây bạn đã bị bệnh hoặc nhiễm trùng trong tuần qua không? Loại gì: _____
*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you been feeling sick with nausea, vomiting or diarrhea? Bạn có buồn nôn, ói mửa hay tiêu chảy không?

Signature of Patient or Legal Guardian Bệnh Nhân Ký Tên hoặc Người Giám Hộ Hợp Pháp	Printed Name/Viết Tên	Date/Ngày
------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------	------------------

If signed by person other than patient, provide printed name, relationship to patient, description of authority
 Nếu người khác ký tên ngoài bệnh nhân, viết tên, quan hệ với bệnh nhân, mô tả ủy quyền

THIS SECTION IS FOR STAFF USE ONLY

* Serum creatinine within 24 hours Δ Serum creatinine within 2 weeks if "Yes" to answer

Vietnamese translation by UWMC Interpreter Services

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

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine
 Harborview Medical Center – University of Washington Medical Center
 UW Neighborhood Clinics – Valley Medical Center
 University of Washington Physicians Seattle, Washington

CT SCREENING - VI

Page 2 of 2

