

**CT Screening
СКРИНИНГ ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ КТ**

RUSSIAN

Patient Name: _____
Имя и фамилия пациента: _____

Today's Date: _____ **Age:** _____ **Weight:** _____ **Height:** _____ **Sex:** M F
Сегодняшняя дата: _____ **Возраст:** _____ **Вес:** _____ **Рост:** _____ **Пол:** М Ж

	Yes Да	No Нет	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If female: is there any possibility you could be pregnant? Если лицо женского пола: есть ли какая-то вероятность того, что вы беременны?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Are you currently breastfeeding? Кормите ли вы в настоящее время ребёнка грудью?
	<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: _____ Была ли у вас когда-либо побочная нежелательная реакция на йодсодержащие контрастные препараты (например, такие как: рентгеноконтрастный агент для КТ или красящее вещество для рентгеновских снимков)? Если да, то опишите эту реакцию: _____
	<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)? _____ Если ранее у вас проявлялась побочная реакция на йодсодержащие контрастные вещества, приняли ли вы кортикостероидный препарат (такой, как преднизон или солу-медрол) в качестве премедикации)? _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have any allergies to food or medication? If yes, please list: _____ У вас есть аллергия на продукты питания или лекарственные препараты?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have asthma? У вас есть астма?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If yes, is your asthma currently affecting you? Если да, то испытываете ли вы влияние астмы в настоящее время?
Δ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you take Glucophage (metformin)? Вы принимаете глюкофаж (метформин)?
Δ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have kidney disease or kidney failure or kidney transplant? У вас есть заболевание почек, почечная недостаточность или трансплантат почки?
Δ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have a history of kidney cancer or mass? Есть ли в вашем анамнезе рак почки или опухоль почки?
Δ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have a family history of kidney failure? Есть ли в вашем семейном анамнезе почечная недостаточность?
Δ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you previously had kidney surgery? Была ли у вас в прошлом операция на почке?
*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you had a recent illness or infection in the past week? Type: _____ Болели ли вы какими-либо болезнями или инфекционными заболеваниями за последнюю неделю?
*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you been feeling sick with nausea, vomiting or diarrhea? Были ли у вас в последнее время тошнота, рвота или понос?

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine

Harborview Medical Center – University of Washington Medical Center
UW Medicine Primary Care – Valley Medical Center – UW Physicians

CT SCREENING - RU

Page 1 of 2



U2359

Translated 2022 by UW Medicine
Interpreter Services

Signature of Patient or Legal Guardian **Printed Name** **Date**
Подпись пациента или законного опекуна Имя и фамилия печатными буквами Дата

If signed by person other than patient, provide printed name, relationship to patient, description of authority
Если вместо пациента подписано другим лицом, то укажите его имя и фамилию печатными буквами,
объясните, кем оно приходится пациенту и какими полномочиями наделено.

THIS SECTION IS FOR STAFF USE ONLY

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

VASCULAR ACCESS:

DATE _____ TIME _____

TECHNOLOGIST / RN _____

IV SITE _____ 18g 20g 22g ATTEMPTS _____

OTHER _____

CREAT / GFR _____

NOTES _____

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine

Harborview Medical Center – University of Washington Medical Center
UW Medicine Primary Care – Valley Medical Center – UW Physicians

CT SCREENING - RU

Page 2 of 2



U2359

Translated 2022 by UW Medicine
Interpreter Services