

**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<br>Có                | No<br>Không              |   |
|---|--------------------------|--------------------------|---|
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | If female: is there any possibility you could be pregnant?<br>Nếu nữ: bạn có thể đang mang thai không?  |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Are you currently breastfeeding?<br>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)?<br>If yes, describe reaction: _____<br>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?<br>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)? _____<br>Nếu bạn đã có một phản ứng trước đây với vật liệu iodinated chụp hình, bạn có dùng thuốc Corticosteroid (như là thuốc prednison 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: _____<br>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?<br>Bạn có bệnh suyễn không?   |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | If yes, is your asthma currently affecting you?<br>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?   |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you previously had kidney surgery? / Trước đây bạn đã từng phẫu thuật thận không?  |
| * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you had a recent illness or infection in the past week? Type: _____<br>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?<br>Bạn có buồn nôn, ói mửa hay tiêu chảy không?   |

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 - VI**

Page 1 of 2



U2359

Translated 2022 by UW Medicine  
Interpreter Services

\_\_\_\_\_  
**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

**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 - VI**

Page 2 of 2



U2359

Translated 2022 by UW Medicine  
Interpreter Services