



ใบส่งตรวจทางรังสีวิทยา (Diagnostic Imaging Requisition Form)

SDVH-FM-RT-001

Rev. 04/04/66

โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ถ.นครสวรรค์ ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม 44000 โทรศัพท์ 043-021-021 โทรภายใน 7775

ชื่อ-สกุล (Patient Name) : เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN).....
 อายุ (Age) :ปี เพศ ชาย หญิง เบอร์โทรติดต่อผู้ป่วย.....
 แผนกส่งตรวจ ER OPD ห้องตรวจ..... เบอร์โทรติดต่อห้องตรวจ..... Ward.....เตียง.....เบอร์โทรติดต่อ WARD.....
 Patient Conscious Good Semi conscious Unconscious On Ventilator BP
 ประวัติโรคประจำตัวผู้ป่วย ไทรอยด์เป็นพิษ โรคไต โรคหอบหืด โรคภูมิแพ้ โรคประจำตัวอื่น ๆ.....
 มีประวัติแพ้อาหารทะเลชนิด..... มีประวัติแพ้ยาชนิด..... LMP.....
 เคยตรวจ CT SCAN ครั้งสุดท้ายเมื่อ.....หมายเหตุ : ผู้ป่วยมีฟิล์มเก่ากรุณานำมาด้วยทุกครั้ง

ประวัติ / อาการสำคัญ (Clinical History).....

(Clinical Diagnosis).....

Computed Tomography (CT SCAN)

Head and Neck

- CT BRAIN STROKE FAST TRACK** (3,500)
 Brain Non Contrast (3,500) Brain with Contrast (4,600) IAC (5,000) Orbits (5,000)
 Temporal Bone (5,000) Facial Bone (5,000) Neck (6,000)
 Screening Sinuses (2,500) Paranasal Sinuses NC (3,500) Paranasal Sinuses with Contrast (5,000)
 Nasopharynx (6,000) อื่น ๆ โปรดระบุ

CHEST Chest (6,000) HRCT Chest (5,000) อื่น ๆ โปรดระบุ

ABDOMEN

- Upper Abdomen (6,000) DualPhase Liver (6,000) 3 Phase Liver (6,000)
 Whole Abdomen (10,000) Adrenal Gland (6,000) Pancreas (6,000)
 KUB (6,000) Lower Abdomen (6,000) Pelvis Cavity (6,000)
 อื่น ๆ โปรดระบุ

SPINE

- C – Spine (6,000) T – Spine (6,000) T –L Spine (6,000) L-S Spine (6,000)
 อื่น ๆ โปรดระบุ

CTA

- CTA Brain (12,000) Pulmonary Artery (PE) (12,000) CTA Whole Aorta (24,000)
 CTA Neck/Carotid (12,000) CTA Abdominal Aorta (12,000) CTA Peripheral Run Off (15,000)
 CTA Thoracic Aorta (12,000) อื่น ๆ โปรดระบุ

 Part อื่น ๆ โปรดระบุ***โปรดยืนยันการฉีดสารทึบรังสี*** Without Contrast With Contrast (1,100 / 50 ml)

Creatinine.....BUN.....GFR.....เจาะเมื่อ.....

ลงชื่อ (Signature) (แพทย์ผู้ส่งตรวจ) เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....

..... วันที่ส่งตรวจ

**โปรดลงรายละเอียดประวัติผลการวินิจฉัยเบื้องต้นลงคำขอการตรวจให้ถูกต้องและครบถ้วน*

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
HN.....

แบบคัดกรองของความเสี่ยงต่อสารทึบรังสีที่มีไอโอดีน

การตรวจทางรังสี _____

Category Emergency Urgency Routine

1. การตั้งครรภ์ No Yes
2. การให้นมบุตร No Yes
3. เคยแพ้สารทึบรังสี (Iodinated contrast media)
 - No Yes (ระบุ) _____
4. ประวัติการแพ้ แพ้อาหาร แพ้ยา
 - No Yes (ระบุ) _____
5. หอบหืด หรือโรคภูมิแพ้ที่ต้องได้รับการรักษา
 - No Yes (ระบุ) _____
6. BUN _____ Cr _____ GFR _____ (mL/min)
เจาะ ณ วันที่ _____
7. โรคประจำตัว (กา / หน้าข้อ และขีดเส้นใต้)
 - Hypertension/DM Multiple myeloma
 - Heart failure Hyperthyroidism – status _____
 - อื่น ๆ _____
8. ยาที่ใช้เป็นประจำ (กา / หน้าข้อ)
 - Metformin ยาแก้ปวดชนิด NSAIDS
 - Beta-blockers Aminoglycosides

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล ผู้ป่วย ญาติ เกี่ยวข้องเป็น _____

ลงชื่อ.....ผู้บันทึก วันที่/...../.....