

แบบประเมินความเสี่ยง / ใบยินยอมรับการฉีดสารทึบรังสีเพื่อการตรวจพิเศษทางรังสีวิทยา โรงพยาบาลลำพูน
สำหรับการตรวจวินิจฉัยโรคด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT) ร่วมกับการฉีดสารทึบรังสีทางหลอดเลือด

ชื่อ.....	HN.....	อายุ.....	OPD/WARD.....	วันที่.....
-----------	---------	-----------	---------------	-------------

NPO time..... น้ำหนัก.....kg

ค่า Cr..... GFR..... วันที่ตรวจเลือด..... (OPD ภายใน 1 เดือน / IPD ภายใน 7 วัน)

V/S ก่อนทำ BP...../.....mmHg, PR...../min, RR..... / min, O₂Sat..... % เวลา.....น.

V/S หลังทำ BP...../.....mmHg, PR...../min, RR...../min, O₂Sat..... % เวลา.....น.

อาการหลังฉีดสารทึบรังสี ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

การให้คำแนะนำผู้ป่วย / ญาติ ☐ การสังเกตอาการแพ้ยา ☐ การปฏิบัติตัวหลังได้รับการตรวจ ลงชื่อ.....RN พยาบาล

Lot. ยาที่ได้รับ

โปรดตอบคำถามดังนี้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการตรวจ

	ใช่	ไม่ใช่
1. เคยแพ้ยา.....อาการ.....	☐	☐
2. เคยแพ้อาหารทะเล.....อาการ.....	☐	☐
3. เคยแพ้สารทึบรังสี (Ultravist / Iopromide หรือ Iopamiro หรืออื่นๆ)	☐	☐
4. เป็นโรคหอบหืด, ภูมิแพ้, ภูมิแพ้ปอด	☐	☐
5. อยู่ในระยะตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตร	☐	☐
6. เคยได้รับการตรวจพิเศษทางรังสี	☐	☐
ชนิดการตรวจ.....ล่าสุดเมื่อวันที่.....		
7. โรคหัวใจ CHF , Coronary artery disease	☐	☐
8. ไทรอยด์เป็นพิษ (Hyperthyroidism , Multinodular goiter)	☐	☐
9. โรคไต CRF , Kidney transplant , Nephrotic syndrome วันที่ฟอกไต..... เวลา..... สถานที่.....		
ผู้ให้ข้อมูล.....คนไข้/ ญาติ พยาน..... จนท. CT.....		

☐ ยินยอมให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลลำพูนฉีดสารทึบรังสีเข้าทางเส้นเลือดเพื่อการตรวจพิเศษทางรังสีวิทยา โดยข้าพเจ้าได้รับทราบถึงความจำเป็นในการตรวจ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการฉีดสารทึบรังสีดังกล่าวข้างต้นเรียบร้อยแล้ว

☐ ไม่ยินยอมให้ทำการฉีดสารทึบรังสี

จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อผู้ให้การยินยอม.....เป็น

☐ ผู้ป่วย

☐ ญาติ โดย เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้ให้การตรวจ

(.....)

วันที่..... เวลา.....น.

☐ กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกร่างกายและไม่สามารรถติดต่อญาติได้ แต่มีความจำเป็นต้องทำการตรวจโดยการฉีดสารทึบรังสีเข้าทางเส้นเลือดเป็นกรณีฉุกเฉินตามดุลพินิจของแพทย์เจ้าของไข้ ไม่เช่นนั้นอาจมีอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

ลงชื่อ.....แพทย์เจ้าของไข้

(.....)

แบบประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสารทึบรังสีด้วยเครื่องฉีดยาอัตโนมัติ (Automatic injector)

ก่อนฉีด	ใช่	ไม่ใช่	Note
1. ทดสอบด้วยน้ำเกลือ แล้วพบว่าบริเวณที่เปิดเส้นร่วซึม บวมแดง/ซ้ำ	☐	☐	
2. บริเวณที่เปิดเส้น เลือด/น้ำเกลือไหลซึม	☐	☐	
3. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารได้	☐	☐	
4. ผู้ป่วยได้รับการฉายรังสีบริเวณที่เปิดเส้น	☐	☐	
5. ผู้ป่วยเคยได้รับการผ่าตัดหลอดเลือด	☐	☐	
6. ผู้ป่วยเป็นโรคเลือดแข็ง เบาหวาน ภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน	☐	☐	
ขณะฉีด (V Phase ≈ 75 sec.)	☐	☐	
1. บริเวณที่เปิดเส้นบวมแดง/ซ้ำ	☐	☐	
2. พบการร่วซึมของสารทึบรังสี	☐	☐	
3. ผู้ป่วยมีอาการปวดบริเวณที่เปิดเส้น	☐	☐	
หลังฉีด			
1. บริเวณที่เปิดเส้นบวมแดง/ซ้ำ	☐	☐	
2. พบการร่วซึมของสารทึบรังสี	☐	☐	
3. ผู้ป่วยมีอาการปวดบริเวณที่เปิดเส้น	☐	☐	
ลงชื่อ.....นักรังสีเทคนิค			ลงชื่อ.....ผู้บันทึก

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสำหรับ CIN

- ❖ กรณี $GFR \geq 45$ cc/min พิจารณาใช้สารทึบรังสีใด ๆ ก็ได้ ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ หลังตรวจ
- ❖ กรณี $GFR < 45$ cc/min รวม AKI และ nonanuric dialysis patient (UOP>100ml/day) พิจารณาทำการตรวจ Noncontrast CT หรือ พิจารณาทำการตรวจโดยวิธีการอื่น เช่น ultrasound หรือ Noncontrast CT หากจำเป็นต้องทำการตรวจโดยใช้ CONTRAST MEDIA ให้ทำดังต่อไปนี้

1. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ NSS 1 cc/kg/hr 1-12 hours before and 3-12 hours after the procedure (preferably 12 hours)
2. หยุดยา nephrotoxic drug เช่น NSAID, Diuretic, aminoglycoside, ACEI
3. Repeat serum creatinine หลังฉีด contrast media 72 hours (3-7 วัน) if Cr rising >25% or > 0.5 mg/dl consult nephromed

Update ก.ค. 2568