


Één aanvraagbriefje per klinische vraagstelling is vereist - Alle velden wettelijk verplicht in te vullen.

Naam & voornaam: .....	
Adres: .....	
Geboortedatum: ...../...../.....	Invullen of kleeftbriefje
Geslacht: <input type="checkbox"/> Mannelijk <input type="checkbox"/> Vrouwelijk	
<input type="checkbox"/> Dringend <input type="checkbox"/> Te Plannen op: ...../...../..... <input type="checkbox"/> Mobiel <input type="checkbox"/> Hulpbehoevend <input type="checkbox"/> Te Voet <input type="checkbox"/> rolwagen <input type="checkbox"/> Bed <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Spoedopname <input type="checkbox"/> Gehospitaliseerd op dienst: .....	
Relevante klinische inlichtingen:	Port-A-Cath. <input type="checkbox"/> Power Port-A-Cath. <input type="checkbox"/>
Diagnostische vraagstelling:	
Voorgesteld(e) onderzoek(en):	IV - contrast <input type="checkbox"/> PO - contrast <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Atopisch terrein (astma, allergie, eczeem, netelkoorts, enz) <input type="checkbox"/> Zwanger <input type="checkbox"/> Vroegere allergische- of anafylactische reactie op contrastmiddelen <input type="checkbox"/> Implantaat <input type="checkbox"/> Recent (<6 maanden) CVA, myocardinfarct <input type="checkbox"/> Metformine (Glucophage, ...) <input type="checkbox"/> Ernstige hartinsufficiëntie <input type="checkbox"/> Andere: ... <input type="checkbox"/> Kahler, Paraproteïnemie, Waldenström, ... <input type="checkbox"/> Verhoogd risico op contrast geïnduceerde nefropathie (> 75j, eGFR <60, gekende nefropathie, nefrotoxische medicatie, diabetes met microangiopathie, sepsis, ondervulling)	
 eGFR (<1 week oud): .....	eGFR >45: onderzoek kan doorgaan eGFR <45: préhydratatie noodzakelijk + nefrotoxische medicatie stoppen (48u voor & na) eGFR <30: enkel met goedkeuring van de nefroloog
Vorige relevante onderzoek(en) in verband met de diagnostische vraagstelling:	
<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> NMR <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> Echografie <input type="checkbox"/> Andere: ..... <input type="checkbox"/> Onbekend	
Stempel voorschrijver *:	Datum: ...../...../.....
	Handtekening:
* Stempel voorschrijver met vermelding van naam, voornaam, adres en RIZIV-nummer.	