

**JABATAN PENGIMEJAN DIAGNOSTIK
HOSPITAL SELAYANG**

PERSEDIAAN KEPADA PESAKIT YANG MENJALANI PEMERIKSAAN CT SCAN

Nama: _____ Umur _____ MRN: _____ Tarikh & Masa : _____

Tolong ikuti arahan-arahan berikut untuk pemeriksaan CT anda:

- a. **JANGAN MAKAN** atau **MINUM** sekurang-kurangnya **6 JAM** sebelum masa pemeriksaan anda.
- b. Jika anda menghadapi **penyakit lelah atau alahan** kepada makanan laut atau sebarang ubat, sila beritahu doktor anda supaya beliau dapat mengambil tindakan yang sewajarnya.

Pemeriksaan ini akan mengambil masa lebih kurang **SATU SETENGAH JAM**.

Jika anda memerlukan maklumat lanjut sila hubungi kami di talian **03-61203233 samb. 2134 atau 2135**.

UNTUK DIISI OLEH DOKTOR YANG MEMOHON PEMERIKSAAN CT :

PESAKIT INI MEMERLUKAN SUNTIKAN KONTRAS MEDIA.

	YA	TIDA
1 Adakah pesakit ini di dalam kumpulan berisiko tinggi? (banduan, penagih dadah, dll).		
2 Adakah pesakit ini mengalami:-		
a Sejarah alahan kepada makanan laut atau ubat-ubatan. Nyatakan		
b Sejarah reaksi alahan pada kontras media. Nyatakan		
c Asma		
d Demam 'Hay'		
e Sakit jantung		
f Terlalu tua (>65 tahun) atau terlalu muda (<6/12 bulan)		
g Sakit tenat dan terlalu lemah		
h Dehidrasi		
i Lain-lain (Nyatakan).....		

Blood urea

3 (date) _____

Renal profile

(date) _____

4 LMP _____

Pesakit Dalam Kumpulan (2a-2e) memerlukan Pra-rawatan steroid seperti berikut:

T. Prednisolone 40 mg* 12 jam sebelum pemeriksaan.
 T. Prednisolone 40mg* 2 jam sebelum pemeriksaan.
 * Dos untuk pesakit dewasa telah ditetapkan. Kurangkan secara berperingkat untuk pesakit kanak-kanak.

**T/TANGAN, NAMA DAN COP
DOKTOR WAD/ KLINIK**

UNTUK KEGUNAAN JPD SAHAJA			
TARIKH	NAMA	JAWATAN	T/TANGAN