

**JABATAN PENGIMEJAN DIAGNOSTIK  
HOSPITAL SELAYANG**

**PERSEDIAAN KEPADA PESAKIT YANG MENJALANI PEMERIKSAAN IVU**

Nama: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_ Tarikh & Masa : \_\_\_\_\_

**Tolong ikuti arahan-arahan berikut untuk pemeriksaan IVU anda:**

Makan makanan yang mudah dihadam pada \_\_\_\_\_(hb) dan \_\_\_\_\_(hb). Anda boleh makan daging lembut (*tender lean meat*), 'ikan putih', kentang (rebus atau putar sahaja), sup, telur, roti putih, mentega, atau majerin, teh, kopi, dan jus buah-buahan jernih(*clear fruit juice*). Tolong **ELAKKAN** makanan seperti sayur-sayuran hijau, susu dan buah-buahan serta minuman bergas.

- a. Makan ubat julap yang dibekalkan pada \_\_\_\_\_(hb) dan \_\_\_\_\_(hb) **JAM 9.00** malam. Anda akan mengalami cirit-birit setelah memakan ubat-ubat julap tersebut.
- b. **JANGAN MAKAN** apa-apa makanan selepas pukul 10.00 malam \_\_\_\_\_(hb) sehingga pemeriksaan selesai.
- c. Bagi **TEMUJANJI SEBELAH PETANG**, anda boleh makan sekeping roti **sebelum 9.00 pagi**, pada hari pemeriksaan \_\_\_\_\_(hb)

Pemeriksaan ini akan mengambil masa lebih kurang **SATU 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 / IVU :**

**PESAKIT INI MEMERLUKAN SUNTIKAN KONTRAS MEDIA.**

	YA	TIDAK
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).....		
3 <b>Blood urea ( Date)</b> _____		
<b>Renal profile (Date)</b> _____		
4 <b>LMP</b>		

**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