

# Rannsóknarbeiðni fyrir inngripsrannsókn



## Beiðni sendist til:

<input type="checkbox"/>	Röntgendeild Landspítala við Hringbraut Sími 543-8000 Fax 543-4800	<input type="checkbox"/>	Röntgendeild Landspítala í Fossvogi Sími 543-8310 Fax 543-2247	<input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div>
--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	--

## Upplýsingar sjúklings

Nafn: \_\_\_\_\_ Kennitala: \_\_\_\_\_

Heimilisfang: \_\_\_\_\_ Sími: \_\_\_\_\_

Sjúklingur er:

Ambulant  
 Innliggjandi á deild: \_\_\_\_\_

## Hvaða rannsókn óskast?

## Rannsókn óskast:

<input type="checkbox"/>	Strax
<input type="checkbox"/>	Í dag
<input type="checkbox"/>	Á morgunn
<input type="checkbox"/>	Innan 2-3ja daga
<input type="checkbox"/>	Í tímaröð

Dags: \_\_\_\_\_

## Sjúkrasaga

## Rannsóknarspurning

Læknir, læknanúmer, deild og sími

## Kreatín og dags mælingar

## Nýrnastarfssemi eðlileg

## Per os sykursýkislyf

Já  
 Nei

Já  
 Nei

## Ofnæmi

# Rannsóknarbeiðni fyrir inngripsrannsókn



## Undirbúningur

---

	Já	Nei
Er sjúklingur á blóðþynnandi lyfjum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fær sjúklingurblóðflöguhamlandi meðferð?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ástunga skal gerð í svæfingu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Á að taka sýni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blæðingarpróf í lagi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjúklingur hefur veitt samþykki?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Á hvaða deild fer sjúklingur eftir ástungu?

---

## Bráðasvar

---