

**BẢNG KIỂM YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA BỆNH NHÂN  
SỬ DỤNG THUỐC TƯƠNG PHẢN I-ÔT**

STT	YẾU TỐ NGUY CƠ	CÓ	KHÔNG
1	Tiền sử phản ứng trung bình hoặc nặng với thuốc tương phản I-ôt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Tiền sử dị ứng phải điều trị	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Tiền sử hen suyễn không kiểm soát	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Tiền sử bệnh cường giáp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Suy tim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Đái tháo đường	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Tiền sử bệnh thận	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Tiền sử phẫu thuật thận	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Tiền sử tiêu đạm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Tăng huyết áp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Tăng acid uric máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Bệnh nhân đang sử dụng thuốc:		
	Metformin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Interleukin-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	NSAIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aminoglycosides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	$\beta$ -blockers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Chức năng thận: Creatinine:..... $\mu\text{mol/l}$		eGFR: .....

Khánh Hoà, ngày.....tháng.....năm.....

**BÁC SĨ CHỈ ĐỊNH**

Họ và tên:.....