

فرم Follow up بیماران بعد از آنژیوگرافی

زمان فلورو بیش از 40 دقیقه از نظر خدمات پرتویی

مشخصات بیمار

نام بیمار: کد بیمار: سن: وزن: قد: جنسیت:
حساسیت پرتویی (بیماری دیابتی، بیماری بافت های همبند، لوپوس):
سابق پروسیجرهای قبلی: بله/خیر در صورت جواب مثبت نام پروسیجر قبلی: تاریخ پروسیجر قبلی:
تلفن تماس:

مشخصات دستگاه

نوع دستگاه: سازنده: مدل: سال تولید: سال نصب:

مشخصات اپراتور

تکنسین رادیولوژی میزان تحصیلات: میزان تجربه:
پرستار میزان تحصیلات: میزان تجربه:

آنژیوگرافر:

اتنت: میزان تجربه:
رزیدنت: 2 سال 3 سال 4 سال
فلوشیپ: 1 سال 2 سال

فاکتورهای تکنیکی

تنظیمات دز (Dap)	فرکانس پالس فلوروسکوپی p/s	فیلتراسیون پرتو	وجود گرید	رنج kV در طول پروسیجر

فاصله چشمه تا پوست (FSD)	فاصله چشمه تا گیرنده تصویر (ISD)	میدان دید (بزرگنمایی الکترونیکی) (FOV)	استفاده از فیلتر wedge

جزئیات پروسیجر

زمان کل پروسیجر (از شروع تا پایان شامل زمان تابش ندادن)	نام پروسیجر (post CABG and PCI on the RCA / other)	نوع پروسیجر (تشخیصی / درمانی)	تاریخ

مشخصات پروتکل

زمان کل فلوروسکوپی	تعداد cine یا سری ها	مقدار total Dap	دز کل

زمان کل cine	نرخ فریم بر ثانیه	تعداد کل فریم

Follow up بیمار

نام پزشک:

زمان Follow up	تاریخ تماس تلفنی	ناحیه آسیب دیده	تاریخ مراجعه بیمار	نوع صدمات پوستی تشخیصی	تمهیدات به کار گرفته برای ناحیه آسیب دیده
24 hr					
1 week					
4 weeks					
5 weeks					