



## แนวทางการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan)

- กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ -

### 1. การส่งใบ request ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan)

ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก สามารถส่งใบ request ตรวจ CT scan ได้ที่ศูนย์เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ แผนกรังสีวิทยา ชั้น 1 ตึกผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน (ตึกใหม่) ตลอด 24 ชั่วโมง หากเป็นเคสเร่งด่วน (emergency) พิจารณาทำ CT scan เลย หากเป็นเคสไม่เร่งด่วน (non-emergency) รังสีแพทย์จะนัดหมายวันตรวจและออกใบนัดให้ผู้ป่วย

### 2. ประวัติความเสี่ยงในการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ที่ต้องถามผู้ป่วยทุกราย

#### ประวัติความเสี่ยงต่อการแพ้สารทึบรังสี (iodinated contrast media) ที่ต้องถาม

- เคยมีประวัติแพ้สารทึบรังสี (contrast media) มาก่อนหรือไม่
- การแพ้ในระดับกลางหรือรุนแรง เช่น เป็นผื่นคันที่ต้องฉีดยาแก้แพ้หลังฉีด iodinated contrast media หรือมีอาการหดรัดเกร็งของหลอดลม มีความดันตก ชัก หัวใจวาย หัวใจล้มเหลว

- โรคหอบหืด
- โรคภูมิแพ้ที่ขณะนี้ได้รับการรักษาอยู่หรือไม่
- ผู้ป่วยเป็นโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษอยู่หรือไม่
- ประวัติการแพ้อาหารทะเล หรือ แพ้โปรตีนในสัตว์ทะเล

#### ประวัติความเสี่ยงอื่นๆ ที่ต้องถาม

- ผู้ป่วยตั้งครรภ์ หรือ อยู่ในภาวะให้นมบุตรอยู่หรือไม่
- ผู้ป่วยมีนัดการตรวจต่อมไทรอยด์ด้วยสารกัมมันตภาพรังสี หรือรักษามะเร็งต่อมไทรอยด์ด้วยสารกัมมันตภาพรังสีภายใน 2 เดือนหลังการตรวจเอกซเรย์ที่มีการฉีดสารทึบรังสีหรือไม่

#### ประวัติความเสี่ยงต่อไตวายที่ควรถาม

- มีประวัติเป็นโรคไตมาก่อนหรือไม่
- เป็นโรคเบาหวานหรือไม่ ถ้าเป็น มีปัญหาเรื่องไตร่วมด้วยหรือไม่ และได้รับการรักษาด้วย Metformin หรือไม่
- ได้รับการตรวจทางรังสีที่มีการฉีด iodinated contrast media เข้าสู่หลอดเลือดภายใน 3 วัน ที่ผ่านมาหรือไม่
- ผู้ป่วยเป็นโรคหัวใจล้มเหลวหรือไม่
- ผู้ป่วยอายุมากกว่า 70 ปี
- ผู้ป่วยกินยาที่มีผลต่อการทำงานของไต เช่น NSAIDs

### 3. Serum creatinine สำหรับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ที่ต้องมีการฉีดสารทึบรังสี

- ผล serum creatinine ไม่ควรเกิน 7 วัน ก่อนวันตรวจ : ในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคไต ผู้ป่วยที่มีประวัติการผ่าตัดไต ผู้ป่วยที่มีโปรตีนในปัสสาวะ ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคเกาต์ ผู้ป่วยที่กำลังได้รับยาที่มีผลต่อการทำงานของไต เช่น NSAIDs

- ผล serum creatinine ไม่ควรเกิน 30 วัน ก่อนวันตรวจ : ในผู้ป่วยปกติที่ไม่มีปัญหาโรคไต ไม่มีโรคประจำตัวที่มีผลต่อไต หรือ ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดไตวาย



- ผู้ป่วยที่สามารถรับการตรวจโดยฉีดสารทึบรังสีได้ คือ ผู้ป่วยที่มีผล serum creatinine ไม่เกิน 1.5 mg/dl และ/หรือ ผล glomerular filtration rate (GFR) ไม่ต่ำกว่า  $30 \text{ min}^{-1} 1.73 \text{ m}^{-2}$

#### 4. NPO time

- NPO time ที่เหมาะสมก่อนการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ คือ 4-6 ชั่วโมง
  - ผู้ป่วยที่อายุ น้อยกว่า 7 ปี ให้งดน้ำงดอาหาร (NPO) 4 ชั่วโมง ก่อนทำการตรวจ
  - ผู้ป่วยที่อายุ ตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป ให้งดน้ำงดอาหาร (NPO) 6 ชั่วโมง ก่อนทำการตรวจ
- ทั้งนี้ ต้องคำนึงถึงสถานะ hydration ของผู้ป่วยด้วย โดยแพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้พิจารณาให้สารน้ำแก่ผู้ป่วย (rehydration) ตามสถานะ hydration ของผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป
- หากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวที่ต้องทานยาประจำ ให้ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหาร ตามเวลาที่กำหนด แต่สามารถรับประทานยาได้ตามปกติ ยกเว้น ยาเบาหวาน ให้งดไปก่อน !!!!

#### 5. การเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan)

##### กรณีผู้ป่วยที่ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ แบบที่ไม่ได้ฉีดสารทึบรังสี (Non-Contrast CT scan)

- ผู้ป่วยไม่ต้องงดน้ำ อาหาร หรือ ยาโรคประจำตัว (สามารถทานได้ปกติ)
- ผู้ป่วยที่ตรวจ CT KUB (non-contrast) ให้ผู้ป่วยอั้นปัสสาวะ หรือรัดสายสวนปัสสาวะ 2-3 ชั่วโมง ก่อนถึงเวลานัดตรวจ

##### กรณีผู้ป่วยที่ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ แบบที่ต้องฉีดสารทึบรังสี (CT scan with Contrast Media)

- ในผู้ป่วยที่ตรวจ CT upper abdomen
  - ให้ผู้ป่วยงดอาหาร น้ำ และเครื่องดื่มทุกชนิด 6 ชั่วโมงก่อนตรวจ (4 ชั่วโมง ในผู้ป่วยเด็กเล็ก) แต่สามารถทานยาโรคประจำตัวได้ตามปกติ (ยกเว้น ยาเบาหวาน ห้ามทาน !!!)
  - ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำหวานผสมสารทึบรังสี ปริมาณ 1000 ml 1 ชั่วโมง ก่อนตรวจ
- ในผู้ป่วยที่ตรวจ CT lower abdomen
  - ให้ผู้ป่วยงดอาหาร น้ำ และเครื่องดื่มทุกชนิด 6 ชั่วโมงก่อนตรวจ (4 ชั่วโมง ในผู้ป่วยเด็กเล็ก) แต่สามารถทานยาโรคประจำตัวได้ตามปกติ (ยกเว้น ยาเบาหวาน ห้ามทาน !!!)
  - ให้ผู้ป่วยอั้นปัสสาวะ หรือรัดสายสวนปัสสาวะ 2-3 ชั่วโมง ก่อนถึงเวลานัดตรวจ
  - อาจมีการสวนสารทึบรังสีทางทวารหนัก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพที่แพทย์สงสัย
- ในผู้ป่วยที่ตรวจ CT whole abdomen
  - ให้ผู้ป่วยงดอาหาร น้ำ และเครื่องดื่มทุกชนิด 6 ชั่วโมงก่อนตรวจ (4 ชั่วโมง ในผู้ป่วยเด็กเล็ก) แต่สามารถทานยาโรคประจำตัวได้ตามปกติ (ยกเว้น ยาเบาหวาน ห้ามทาน !!!)
  - ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำหวานผสมสารทึบรังสี ปริมาณ 1000 ml 1 ชั่วโมง ก่อนตรวจ
  - ให้ผู้ป่วยอั้นปัสสาวะ หรือรัดสายสวนปัสสาวะ 2-3 ชั่วโมง ก่อนถึงเวลานัดตรวจ
  - ทำการสวนสารทึบรังสีทางทวารหนัก ก่อนตรวจ ในผู้ป่วยทุกราย ยกเว้น ผู้ป่วยที่สงสัยลำไส้อุดตัน
- ในผู้ป่วยที่ตรวจ CT อื่นๆ ที่ต้องฉีดสารทึบรังสี
  - ให้ผู้ป่วยงดอาหาร น้ำ และเครื่องดื่มทุกชนิด 6 ชั่วโมงก่อนตรวจ (4 ชั่วโมง ในผู้ป่วยเด็กเล็ก) แต่สามารถทานยาโรคประจำตัวได้ตามปกติ (ยกเว้น ยาเบาหวาน ห้ามทาน !!!)



ทั้งนี้ แบบฟอร์มการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ได้ระบุไว้ในใบนัดตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) แล้ว

## 6. การเปิดเส้น iv line

- ขนาดของเข็มที่ใช้เปิดเส้น iv line ที่เหมาะสม คือ เบอร์ 18 หรือ 20 แขนขวา ตรงบริเวณข้อพับ
- ต้องแจ้งขนาดของเข็มที่ใช้เปิดเส้น iv line ให้เจ้าหน้าที่รังสีเทคนิคทราบด้วย เพื่อปรับ flow rate ในการฉีด contrast media ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

## 7. กรณีผู้ป่วย Unstable Vital Sign

ผู้ป่วยทุกราย ที่มาทำ CT scan ต้องมี vital sign ที่ stable หาก ไม่ stable ให้แพทย์เจ้าของไข้ทำการ resuscitate ให้ stable เพียงพอก่อน จึงส่งมาทำได้ และต้องมีแพทย์หรือพยาบาลมาพร้อมกัผู้ป่วยด้วย

## 8. กรณีผู้ป่วยไม่สามารถอยู่นิ่งเพื่อทำการตรวจได้

- กรณีผู้ป่วยที่ส่งมาทำ CT scan ไม่สามารถอยู่นิ่งเพื่อทำการตรวจได้ ให้แพทย์เจ้าของไข้พิจารณา sedate ผู้ป่วยก่อนทำการตรวจ
- กรณีผู้ป่วยเด็ก จะทำการ sedate ผู้ป่วยก่อนตรวจ โดยให้ยา Chloral hydrate, dose = 50 mg/kg/dose สามารถให้ยาได้สูงสุด 2 doses หากผู้ป่วยยังไม่หลับ ให้แพทย์เจ้าของไข้พิจารณา Consult วิทยุแพทย์ เพื่อ sedation

## 9. การพิจารณา admit ผู้ป่วยที่มารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan)

- กรณีผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง มี vital sign stable หรือเป็นผู้ป่วยที่สามารถรอได้ ไม่เร่งด่วน สามารถให้ผู้ป่วยมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) แบบผู้ป่วยนอก (OPD case) ได้ (แต่ควรมีญาติมาด้วยเพื่อเกิดกรณีฉุกเฉินหลังการฉีดสารทึบรังสี)
- กรณีผู้ป่วยมีอาการรุนแรง หรือ เป็นเคสเร่งด่วน หรือ ต้องมีการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ให้แพทย์เจ้าของไข้พิจารณา admit เพื่อตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) แบบผู้ป่วยใน (IPD case)
- กรณีที่แพทย์เจ้าของไข้เห็นควรว่าผู้ป่วยควรต้องเตรียมตัวก่อนตรวจ เช่น เพื่อ premedication สารน้ำก่อนการตรวจ เป็นต้น
- กรณีที่หลังทำ IVP แล้ว ผู้ป่วยมีอาการแพ้ในระดับปานกลางถึงรุนแรง หรือมีสารทึบรังสีรั่วออกจากเส้นเลือดดำ (contrast extravasation)

## 10. แนวทางปฏิบัติ และการให้ Premedication กรณีผู้ป่วยมีประวัติความเสี่ยงต่างๆ

- **กรณีผู้ป่วยโรคไต หรือ มีประวัติความเสี่ยงต่อไตวาย**
  - กรณีผู้ป่วยโรคไต หรือ มีประวัติความเสี่ยงต่อไตวาย ที่มีผล serum creatinine ไม่เกิน 1.5 mg/dl และ/หรือ ผล glomerular filtration rate (GFR) ไม่ต่ำกว่า  $30 \text{ min}^{-1} \cdot 1.73 \text{ m}^{-2}$  สามารถตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ที่มีการฉีดสารทึบรังสีได้ โดยรังสีแพทย์จะพิจารณาเลือกใช้สารทึบรังสี (contrast media) เป็น Visipaque หรือ Ultravist
  - กรณีผู้ป่วยโรคไต หรือ มีประวัติความเสี่ยงต่อไตวาย ที่มีผล serum creatinine เกิน 1.5 mg/dl แต่ผล glomerular filtration rate (GFR) ไม่ต่ำกว่า  $30 \text{ min}^{-1} \cdot 1.73 \text{ m}^{-2}$  สามารถตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ที่มีการฉีดสารทึบรังสีได้ โดยรังสีแพทย์จะพิจารณาเลือกใช้สารทึบรังสี (contrast media) เป็น Visipaque แทน Ultravist เนื่องจากการศึกษาวิจัยพบว่ามีผลเสียต่อน้อยกว่า



- กรณีผู้ป่วยโรคไต มีผล serum creatinine เกิน 1.5 mg/dl และผล glomerular filtration rate (GFR) ต่ำกว่า  $30 \text{ min}^{-1} \cdot 1.73 \text{ m}^{-2}$  รังสีแพทย์พิจารณาว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นจะต้องตรวจต่อไปหรือไม่ โดยอาจจะพิจารณาให้ตรวจต่อแต่ไม่ฉีดสารทึบรังสี หรือเปลี่ยนไปตรวจด้วยวิธีอื่น ทั้งนี้ให้ประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้

- การพิจารณาให้สารน้ำแก่ผู้ป่วยก่อนทำการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่ต้องมีการฉีดสารทึบรังสี (Premedication in CT scan with contrast media) ในกรณีผู้ป่วยไตวาย หรือ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดไตวาย (สำหรับแพทย์เจ้าของไข้/อายุรแพทย์)

- การเลือกให้สารน้ำ สามารถเลือกให้ทางหลอดเลือดดำ หรือ การดื่มทางปาก เพียงอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น ทั้งนี้ ให้อายุรแพทย์เป็นผู้พิจารณา ตัวอย่างเช่น

1. การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ คือ ให้ 0.9% saline solution ด้วยอัตรา 100 ml/hr โดยเริ่มให้ก่อนการตรวจ 24 ชั่วโมง และให้ต่อไปจนครบ 24 ชั่วโมง หลังการฉีดสารทึบรังสี สามารถปรับอัตราการให้สารน้ำได้ตามสภาวะของผู้ป่วยและสภาวะอากาศที่คาดว่าผู้ป่วยจะสูญเสียน้ำในร่างกายมากกว่าปกติ เช่น อากาศร้อน เป็นต้น

2. การให้สารน้ำโดยการดื่มทางปาก คือ ให้ดื่มน้ำ หรือ soft drinks ก่อนการตรวจประมาณ 500 ml และหลังการตรวจให้ดื่มต่ออีก 2500 ml ภายใน 24 ชั่วโมง สามารถปรับการให้ได้ตามสภาวะของผู้ป่วยและสภาวะอากาศที่คาดว่าผู้ป่วยจะสูญเสียน้ำในร่างกายมากกว่าปกติ เช่น อากาศร้อน เป็นต้น

- ให้งดยาที่จะไปเพิ่มความเสี่ยงต่อไต เช่น gentamicin, NSAIDs, furosemide, mannitol อย่างน้อย 24 ชั่วโมง ก่อนการฉีดสารทึบรังสี

- กรณีผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคเบาหวาน และมีปัญหาเรื่องไต ร่วมกับได้รับการรักษาด้วยยา metformin  
ควรปฏิบัติดังนี้

- ให้งดยา metformin เป็นเวลา 48 ชั่วโมง ก่อนการฉีดสารทึบรังสี

- เริ่มให้ยา metformin ได้ หลังการฉีดสารทึบรังสีไปแล้ว 48 ชั่วโมง และสามารถเริ่มให้ยาได้ต่อเมื่อผล serum creatinine เป็นปกติ

- กรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องไตวาย และได้รับการรักษาอยู่ ทั้ง ambulatory peritoneal dialysis หรือ hemodialysis

กรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องไตวาย และได้รับการรักษาอยู่ ทั้ง ambulatory peritoneal dialysis หรือ hemodialysis ที่มีความจำเป็นจะต้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) แบบที่ต้องมีการฉีดสารทึบรังสี สามารถที่จะนัดผู้ป่วยตรวจได้เลย โดยไม่จำเป็นต้องนัดให้สอดคล้องกับการทำ ambulatory peritoneal dialysis หรือ hemodialysis และเช่นเดียวกัน ไม่จำเป็นที่จะต้องนัด ambulatory peritoneal dialysis หรือ hemodialysis ให้สอดคล้องกับการฉีด iodinated contrast media

- กรณีผู้ป่วยมีประวัติความเสี่ยงต่อการแพ้สารทึบรังสี (iodinated contrast media) ในระดับไม่รุนแรง/โรคหอบหืด/หรือโรคภูมิแพ้ที่กำลังได้รับการรักษาอยู่

- ให้รังสีแพทย์พิจารณาว่ามีความจำเป็นจะต้องตรวจต่อไปหรือไม่ อาจจะพิจารณาให้ตรวจต่อแต่ไม่ฉีดสารทึบรังสี หรือเปลี่ยนไปตรวจด้วยวิธีอื่น ทั้งนี้ให้ประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้

- หากรังสีแพทย์พิจารณาแล้วว่าสามารถตรวจโดยการฉีดสารทึบรังสีได้ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการป้องกันการแพ้สารทึบรังสี ด้วย steroid (Steroid prophylaxis)

- โดยก่อนการให้ steroid prophylaxis จะต้องมีการซักประวัติเกี่ยวกับโรคเหล่านี้ก่อน คือ
  - โรคเบาหวาน (diabetes mellitus)
  - วัณโรคระยะติดต่อ (active tuberculosis)
  - โรคกระเพาะอาหารอักเสบ (peptic ulcer disease)
  - โรคติดเชื้อ (systemic infection)
  - ผู้ป่วยที่กำลังได้รับการรักษาด้วย steroid หรือกำลังอยู่ในช่วงลดขนาดยา steroid เพื่อที่จะหยุดยา

steroid หรือไม่

- หากผู้ป่วยไม่มีประวัติโรคดังกล่าว

- กรณีผู้ป่วยอายุมากกว่า 15 ปี ขึ้นไป ให้ยาดังนี้

- Hydrocortisone 200 mg iv at 5 hours และ 1 hour ก่อนตรวจ
- Chlorpheniramine (CPM) 10 mg iv at 1 hour ก่อนตรวจ

- กรณีผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ให้ยาดังนี้

- Hydrocortisone 2 mg/kg iv at 5 hours and 1 hour ก่อนตรวจ (Max dose 200 mg)
- Dimenhydrinate 1 mg/kg iv at 1 hour ก่อนตรวจ (Max dose 50 mg)

\*\*\* การให้ Steroid ผลการป้องกันของ steroid จะไม่มี ถ้าช่วงระยะเวลาที่ให้ steroid น้อยกว่า 4-6 ชั่วโมงก่อนการฉีดสารทึบรังสี \*\*\*

- หากผู้ป่วยมีประวัติโรคดังกล่าว

- ให้ประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ว่า สามารถให้ยา premedication ดังกล่าวได้หรือไม่
- หากไม่สามารถให้ยาดังกล่าวได้ ให้แพทย์เจ้าของไข้และรังสีแพทย์ร่วมกันพิจารณาว่าที่เหมาะสมในการ prophylaxis ต่อไป

การ prophylaxis ต่อไป

- กรณีผู้ป่วยมีประวัติความเสี่ยงต่อการแพ้สารทึบรังสี (iodinated contrast media) คือ มีประวัติแพ้ iodinated contrast media มาก่อนในระดับปานกลาง หรือ ระดับรุนแรง

- ประวัติการแพ้ iodinated contrast media ในระดับ ปานกลาง (Moderate) เช่น
  - Cardiovascular: hypertension, mild hypotension, tachycardia or bradycardia
  - Respiratory: Bronchospasm, wheezing, dyspnea, laryngeal edema
  - Systemic: generalized or diffuse erythema
- ประวัติการแพ้ iodinated contrast media ในระดับ รุนแรง (Severe) เช่น
  - Cardiovascular: cardiac arrest, arrhythmia, profound hypotension
  - Neuropsychiatric: convulsion, unresponsiveness
  - Respiratory: laryngeal edema (severe or rapidly progressing)

- หากมีประวัติการแพ้ดังกล่าว ให้งดเว้นการฉีด iodinated contrast media อาจพิจารณาตรวจต่อ แต่ไม่ฉีด iodinated contrast media หรือ เปลี่ยนไปตรวจด้วยวิธีอื่นๆ ทั้งนี้ให้รังสีแพทย์ประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้

- กรณีผู้ป่วยที่เห็นมบุตร และมีความจำเป็นต้องฉีด iodinated contrast media ในการตรวจทางรังสีวิทยา ให้ปฏิบัติดังนี้

- ให้มารดาปั้มน้ำนมเก็บไว้ให้เพียงพอสำหรับให้ทารกทาน ประมาณ 1 วัน

- ภายหลังจากฉีด iodinated contrast media ให้มารดาปั้มน้ำนมทิ้ง เป็นช่วงระยะเวลา 12-24 ชั่วโมง ก่อนที่จะให้บุตรทานน้ำนมได้ปกติ โดยในช่วงที่ปั้มน้ำนมทิ้ง ให้บุตรทานน้ำนมที่ได้ปั้มน้ำนมเก็บไว้

- ข้อห้าม (Absolute contraindication) ในการฉีด iodinated contrast media คือ

- ผู้ป่วยเคยมีประวัติแพ้ iodinated contrast media มาก่อน ในระดับปานกลาง (Moderate) หรือระดับรุนแรง (Severe)

- ผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ (Thyrotoxicosis) ที่ยังมีระดับไทรอยด์ฮอร์โมนผิดปกติอยู่

- ผู้ป่วยที่ต้องใช้ความระมัดระวังอย่างสูงก่อนการให้ iodinated contrast media (Relative contraindication) คือ

- ผู้ป่วยตั้งครรภ์

#### 11. กรณีผู้ป่วยในภาวะเร่งด่วน (Urgency) และ ภาวะฉุกเฉิน (Emergency)

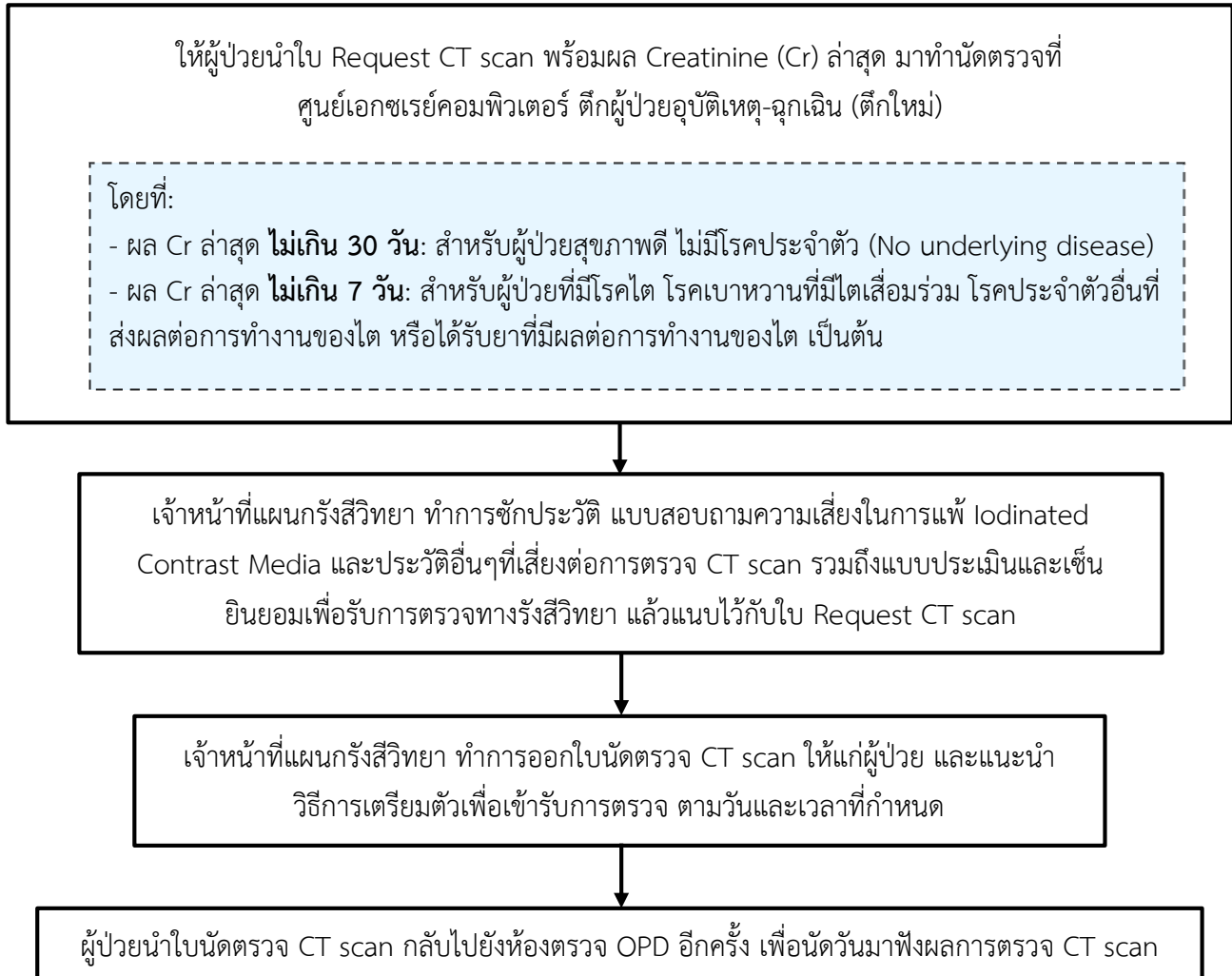
- ในผู้ป่วย Urgency ให้ตรวจ serum creatinine และขอผลด่วนทุกราย ทั้งนี้ต้องพิจารณาแล้วว่า ช่วงเวลาที่รอผล serum creatinine จะไม่มีผลเสียต่อการรักษาของผู้ป่วย

- ในผู้ป่วย Emergency ถ้ารังสีแพทย์พิจารณาร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้แล้วมีความจำเป็นที่จะต้องฉีด iodinated contrast media โดยไม่ต้องรอผล serum creatinine หรือซักประวัติเสี่ยงต่อการฉีด iodinated contrast media ได้เลย และให้แพทย์เจ้าของไข้ติดตามผล serum creatinine ทุกวัน เป็นเวลา 3 วัน ถ้า serum creatinine สูง ให้ปรึกษาอายุรแพทย์โดยทันที

- การปฏิบัติอื่นๆ ให้ทำเหมือนกับผู้ป่วยที่มาทำการตรวจตามนัดปกติ โดยยึดหลักผลที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย

## แนวทางการส่งทำนัดตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) กรณีผู้ป่วยนอก (OPD)

- กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ -



### หมายเหตุ

1. รังสีแพทย์ keep Cr < 1.5 mg/dl และ/หรือ eGFR > 30 min<sup>-1</sup>.1.73 m<sup>-2</sup>
2. กรณีซักประวัติแล้วพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการแพ้สารทึบรังสี รังสีแพทย์พิจารณาให้ยา Pre-Medication ก่อนทำ CT scan

#### ขนาดยาผู้ใหญ่

- Hydrocortisone 200 mg iv at 5 hours and 1 hour ก่อนทำ CT
- Chlorpheniramine (CPM) 10 mg iv at 1 hour ก่อนทำ CT

#### ขนาดยาเด็ก

- Hydrocortisone 2 mg/kg iv at 5 hours and 1 hour ก่อนทำ CT (Max dose = 200 mg)
- Dimenhydrinate 1 mg/kg iv at 1 hour ก่อนทำ CT (Max dose = 50 mg)



## แนวทางการส่งทำนัดตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) กรณีผู้ป่วยใน (IPD)

- กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ -

เจ้าหน้าที่ประจำตึกผู้ป่วยใน นำใบ Request CT scan พร้อมผล Creatinine (Cr) ล่าสุด, แบบสอบถามความเสี่ยงในการแพ้ Iodinated Contrast Media และประวัติอื่นๆที่เสี่ยงต่อการตรวจ CT scan รวมถึงแบบประเมินและเซ็นยินยอมเพื่อรับการตรวจทางรังสีวิทยามาทำนัดตรวจที่ ศูนย์เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ตึกผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน (ตึกใหม่)

โดยที่:

- ผล Cr ล่าสุด **ไม่เกิน 30 วัน**: สำหรับผู้ป่วยสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว (No underlying disease)
- ผล Cr ล่าสุด **ไม่เกิน 7 วัน**: สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคไต โรคเบาหวานที่มีไตเสื่อมร่วม โรคประจำตัวอื่นที่ส่งผลต่อการทำงานของไต หรือได้รับยาที่มีผลต่อการทำงานของไต เป็นต้น

เจ้าหน้าที่แผนกรังสีวิทยา ทำการออกใบนัดตรวจ CT scan พร้อมแนบใบแนะนำการเตรียมตัวตรวจ มอบให้แก่เจ้าหน้าที่ประจำตึกผู้ป่วย

พยาบาลประจำตึกผู้ป่วยใน ให้คำแนะนำวิธีการเตรียมตัวตรวจ CT scan แก่ผู้ป่วย เพื่อเข้ารับการตรวจตามวันและเวลาที่กำหนด

**\*\*\*กรณีเป็นเคสผู้ป่วยเร่งด่วน (emergency cases) ทุกสาย [ยกเว้น CT Brain non-contrast ในผู้ป่วย trauma หรือผู้ป่วยที่สงสัย stroke] ให้แพทย์เจ้าของไข้โทรแจ้งรังสีแพทย์ด้วย\*\*\***

### หมายเหตุ

1. รังสีแพทย์ keep Cr < 1.5 mg/dl และ/หรือ eGFR > 30 min<sup>-1</sup>.73 m<sup>-2</sup>
2. กรณีซักประวัติแล้วพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการแพ้สารทึบรังสี รังสีแพทย์พิจารณาให้ยา Pre-Medication ก่อนทำ CT

#### ขนาดยาผู้ใหญ่

- Hydrocortisone 200 mg iv at 5 hours and 1 hour ก่อนทำ CT
- Chlorpheniramine (CPM) 10 mg iv at 1 hour ก่อนทำ CT

#### ขนาดยาเด็ก (กรณีผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ที่จะทำ CT with contrast ให้แพทย์พิจารณา admit)

- Hydrocortisone 2 mg/kg iv at 5 hours and 1 hour ก่อนทำ CT (Max dose = 200 mg)
- Dimenhydrinate 1 mg/kg iv at 1 hour ก่อนทำ CT (Max dose = 50 mg)

ใบนัดตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ CT Brain with Contrast  
กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ .....ปี HN.....  OPD /Ward.....

นัดตรวจวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

**การเตรียมตัวเพื่อรับการตรวจ**

- งดอาหาร น้ำ และเครื่องดื่มทุกชนิด 6 ชั่วโมงก่อนตรวจ (4 ชั่วโมงในผู้ป่วยเด็กเล็ก) (ตั้งแต่วันที่.....เวลา.....น.)
- ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง หัวใจ ให้นำยาที่รับประทานประจำมาด้วย และทานยาได้ตามปกติ (ยกเว้น ยาเบาหวาน ห้ามทาน !!!)
- ต้องมีผลเลือดการทำงานของไต (Cr.).....ก่อนวันรับการตรวจไม่เกิน 1 เดือน (กรณีไม่มีโรคประจำตัว) หรือไม่เกิน 7 วัน (กรณีเป็นโรคไต)
- หากท่านมีประวัติโรคมะเร็ง แพ้ โรคหอบหืด โรคหัวใจ แพ้ยา อาหารทะเล หรือ สารที่บ่งชี้ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่ทราบก่อนการนัดตรวจ
- สตรีมีครรภ์ หรือสงสัยว่าตั้งครรภ์ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่ก่อนการนัดตรวจ เนื่องจากการตรวจมีอันตรายต่อทารกในครรภ์
- นำฟิล์มเก่ามาด้วยทุกครั้ง (ถ้ามี)
- ผู้ป่วยนอก (OPD) ให้มีญาติมาด้วยอย่างน้อย 1 คน เพื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน
- ผู้ป่วยใน (IPD) ให้เปิดเส้นเลือด (Heparin Lock) บริเวณข้อพับแขนข้างขวา ด้วยเข็มเบอร์ 18-20 ก่อนส่งตรวจ

**หมายเหตุ** เพื่อประโยชน์ของท่าน กรุณามาให้ตรงนัด และปฏิบัติตามคำแนะนำที่ให้ไว้โดยเคร่งครัด หากมีปัญหา ต้องการงัดตรวจหรือเลื่อนนัด กรุณาติดต่อ งานรังสีวิทยา โทร. 044-551295 ต่อ 1289

เจ้าหน้าที่ผู้นัด.....

FM-RAD-001-00 ประกาศใช้ 4 เม.ย. 2566  
งานเอกสารคุณภาพ ศูนย์พัฒนาคุณภาพ

ใบนัดตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ CT Chest with Contrast  
กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ .....ปี HN.....  OPD /Ward.....

นัดตรวจวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

**การเตรียมตัวเพื่อรับการตรวจ**

- งดอาหาร น้ำ และเครื่องดื่มทุกชนิด 6 ชั่วโมงก่อนตรวจ (4 ชั่วโมงในผู้ป่วยเด็กเล็ก) (ตั้งแต่วันที่.....เวลา.....น.)
- ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง หัวใจ ให้นำยาที่รับประทานประจำมาด้วย และทานยาได้ตามปกติ (ยกเว้น ยาเบาหวาน ห้ามทาน !!!)
- ต้องมีผลเลือดการทำงานของไต (Cr.).....ก่อนวันรับการตรวจไม่เกิน 1 เดือน (กรณีไม่มีโรคประจำตัว) หรือไม่เกิน 7 วัน (กรณีเป็นโรคไต)
- หากท่านมีประวัติโรคมะเร็ง แพ้ โรคหอบหืด โรคหัวใจ แพ้ยา อาหารทะเล หรือ สารที่บ่งชี้ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่ทราบก่อนการนัดตรวจ
- สตรีมีครรภ์ หรือสงสัยว่าตั้งครรภ์ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่ก่อนการนัดตรวจ เนื่องจากการตรวจมีอันตรายต่อทารกในครรภ์
- นำฟิล์มเก่ามาด้วยทุกครั้ง (ถ้ามี)
- ผู้ป่วยนอก (OPD) ให้มีญาติมาด้วยอย่างน้อย 1 คน เพื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน
- ผู้ป่วยใน (IPD) ให้เปิดเส้นเลือด (Heparin Lock) บริเวณข้อพับแขนข้างขวา ด้วยเข็มเบอร์ 18-20 ก่อนส่งตรวจ

**หมายเหตุ** เพื่อประโยชน์ของท่าน กรุณามาให้ตรงนัด และปฏิบัติตามคำแนะนำที่ให้ไว้โดยเคร่งครัด หากมีปัญหา ต้องการงัดตรวจหรือเลื่อนนัด กรุณาติดต่อ งานรังสีวิทยา โทร. 044-551295 ต่อ 1289

เจ้าหน้าที่ผู้นัด.....

FM-RAD-002-00 ประกาศใช้ 4 เม.ย. 2566  
งานเอกสารคุณภาพ ศูนย์พัฒนาคุณภาพ

ใบนัดตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ CT Upper Abdomen with Contrast  
กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ .....ปี HN..... OPD /Ward.....

นัดตรวจวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

การเตรียมตัวเพื่อรับการตรวจ

1. งดอาหาร น้ำ และเครื่องดื่มทุกชนิด 6 ชั่วโมงก่อนตรวจ (4 ชั่วโมงในผู้ป่วยเด็กเล็ก) (ตั้งแต่วันที่.....เวลา.....น.)
2. ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง หัวใจ ให้นำยาที่รับประทานประจำด้วย และทานยาได้ตามปกติ (ยกเว้น ยาเบาหวาน ห้ามทาน !!!)
3. ต้องมีผลเลือดการทำงานของไต (Cr.).....ก่อนวันรับการตรวจไม่เกิน 1 เดือน (กรณีไม่มีโรคประจำตัว) หรือไม่เกิน 7 วัน (กรณีเป็นโรคไต)
4. หากท่านมีประวัติโรคภูมิแพ้ โรคหอบหืด โรคหัวใจ แพ้ยา อาหารทะเล หรือ สารที่บรังสี กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่ทราบก่อนการนัดตรวจ
5. สตรีมีครรภ์ หรือสงสัยว่าตั้งครรภ์ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่ก่อนการนัดตรวจ เนื่องจากการตรวจมีอันตรายต่อทารกในครรภ์
6. นำฟิล์มเก่ามาด้วยทุกครั้ง (ถ้ามี)
7. ผู้ป่วยนอก (OPD) ให้มีญาติมาด้วยอย่างน้อย 1 คน เพื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน
8. ผู้ป่วยใน (IPD) ให้เปิดเส้นเลือด (Heparin Lock) บริเวณข้อพับแขนข้างขวา ด้วยเข็มเบอร์ 18-20 ก่อนส่งตรวจ

**หมายเหตุ** เพื่อประโยชน์ของท่าน กรุณามาให้ตรงนัด และปฏิบัติตามคำแนะนำที่ให้ไว้โดยเคร่งครัด หากมีปัญหา ต้องการงัดตรวจหรือเลื่อนนัด กรุณาติดต่อ งานรังสีวิทยา โทร. 044-551295 ต่อ 1289

เจ้าหน้าที่ผู้นัด.....

FM-RAD-003-00 ประกาศใช้ 4 เม.ย. 2566  
งานเอกสารคุณภาพ ศูนย์พัฒนาคุณภาพ

ใบนัดตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ CT Lower Abdomen with Contrast  
กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ .....ปี HN..... OPD /Ward.....

นัดตรวจวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

การเตรียมตัวเพื่อรับการตรวจ

1. งดอาหาร น้ำ และเครื่องดื่มทุกชนิด 6 ชั่วโมงก่อนตรวจ (4 ชั่วโมงในผู้ป่วยเด็กเล็ก) (ตั้งแต่วันที่.....เวลา.....น.)
2. ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง หัวใจ ให้นำยาที่รับประทานประจำด้วย และทานยาได้ตามปกติ (ยกเว้น ยาเบาหวาน ห้ามทาน !!!)
3. ให้ผู้ป่วยอั้นปัสสาวะ 2-3 ชั่วโมง ก่อนถึงเวลานัดตรวจ
4. อาจมีการสวนสารทึบรังสีทางทวารหนัก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพที่แพทย์สงสัย
5. ต้องมีผลเลือดการทำงานของไต (Cr.).....ก่อนวันรับการตรวจไม่เกิน 1 เดือน (กรณีไม่มีโรคประจำตัว) หรือไม่เกิน 7 วัน (กรณีเป็นโรคไต)
6. หากท่านมีประวัติโรคภูมิแพ้ โรคหอบหืด โรคหัวใจ แพ้ยา อาหารทะเล หรือ สารที่บรังสี กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่ทราบก่อนการนัดตรวจ
7. สตรีมีครรภ์ หรือสงสัยว่าตั้งครรภ์ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่ก่อนการนัดตรวจ เนื่องจากการตรวจมีอันตรายต่อทารกในครรภ์
8. นำฟิล์มเก่ามาด้วยทุกครั้ง (ถ้ามี)
9. ผู้ป่วยนอก (OPD) ให้มีญาติมาด้วยอย่างน้อย 1 คน เพื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน
10. ผู้ป่วยใน (IPD) ให้เปิดเส้นเลือด (Heparin Lock) บริเวณข้อพับแขนข้างขวา ด้วยเข็มเบอร์ 18-20 ก่อนส่งตรวจ

**หมายเหตุ** เพื่อประโยชน์ของท่าน กรุณามาให้ตรงนัด และปฏิบัติตามคำแนะนำที่ให้ไว้โดยเคร่งครัด หากมีปัญหา ต้องการงัดตรวจหรือเลื่อนนัด กรุณาติดต่อ งานรังสีวิทยา โทร. 044-551295 ต่อ 1289

เจ้าหน้าที่ผู้นัด.....

FM-RAD-004-00 ประกาศใช้ 4 เม.ย. 2566  
งานเอกสารคุณภาพ ศูนย์พัฒนาคุณภาพ

ใบนัดตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ CT Whole Abdomen with Contrast  
กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ .....ปี HN.....  OPD /Ward.....

นัดตรวจวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

**การเตรียมตัวเพื่อรับการตรวจ**

1. งดอาหาร น้ำ และเครื่องดื่มทุกชนิด 6 ชั่วโมงก่อนตรวจ (4 ชั่วโมงในผู้ป่วยเด็กเล็ก) (ตั้งแต่วันที่.....เวลา.....น.)
2. ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง หัวใจ ให้นำยาที่รับประทานประจำมาด้วย และทานยาได้ตามปกติ (ยกเว้น ยาเบาหวาน ห้ามทาน !!!)
3. ให้ผู้ป่วยอั้นปัสสาวะ 2-3 ชั่วโมง ก่อนถึงเวลานัดตรวจ
4. เจ้าหน้าที่จะให้ผู้ป่วยดื่มน้ำหวานผสมสารทึบรังสี ปริมาณ 1000 ml 1 ชั่วโมง ก่อนตรวจ
5. เจ้าหน้าที่จะทำการสวนสารทึบรังสีทางทวารหนัก ก่อนตรวจในผู้ป่วยทุกราย ยกเว้น สงสัยลำไส้อุดตัน
6. ต้องมีผลเลือดการทำงานของไต (Cr.).....ก่อนวันรับการตรวจไม่เกิน 1 เดือน (กรณีไม่มีโรคประจำตัว) หรือไม่เกิน 7 วัน (กรณีเป็นโรคไต)
7. หากท่านมีประวัติโรคมะเร็ง แพ้ โรคหอบหืด โรคหัวใจ แพ้ยา อาหารทะเล หรือ สารทึบรังสี กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่ทราบก่อนการนัดตรวจ
8. สตรีมีครรภ์ หรือสงสัยว่าตั้งครรภ์ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่ก่อนการนัดตรวจ เนื่องจากการตรวจมีอันตรายต่อทารกในครรภ์
9. นำฟิล์มเก่ามาด้วยทุกครั้ง (ถ้ามี)
10. ผู้ป่วยนอก (OPD) ให้มีญาติมาด้วยอย่างน้อย 1 คน เพื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน
11. ผู้ป่วยใน (IPD) ให้เปิดเส้นเลือด (Heparin Lock) บริเวณข้อพับแขนข้างขวา ด้วยเข็มเบอร์ 18-20 ก่อนส่งตรวจ

**หมายเหตุ** เพื่อประโยชน์ของท่าน กรุณามาให้ตรงนัด และปฏิบัติตามคำแนะนำที่ให้ไว้โดยเคร่งครัด หากมีปัญหา ต้องการงัดตรวจหรือเลื่อนนัด กรุณาติดต่อ งานรังสีวิทยา โทร. 044-551295 ต่อ 1289

เจ้าหน้าที่ผู้นัด.....

FM-RAD-005-00 ประกาศใช้ 4 เม.ย. 2566  
งานเอกซเรย์คุณภาพ ศูนย์พัฒนาคุณภาพ

ใบนัดตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ CT KUB with Contrast  
กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ .....ปี HN.....  OPD /Ward.....

นัดตรวจวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

**การเตรียมตัวเพื่อรับการตรวจ**

1. งดอาหาร น้ำ และเครื่องดื่มทุกชนิด 6 ชั่วโมงก่อนตรวจ (4 ชั่วโมงในผู้ป่วยเด็กเล็ก) (ตั้งแต่วันที่.....เวลา.....น.)
2. ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง หัวใจ ให้นำยาที่รับประทานประจำมาด้วย และทานยาได้ตามปกติ (ยกเว้น ยาเบาหวาน ห้ามทาน !!!)
3. ให้ผู้ป่วยอั้นปัสสาวะ 2-3 ชั่วโมง ก่อนถึงเวลานัดตรวจ
4. ต้องมีผลเลือดการทำงานของไต (Cr.).....ก่อนวันรับการตรวจไม่เกิน 1 เดือน (กรณีไม่มีโรคประจำตัว) หรือไม่เกิน 7 วัน (กรณีเป็นโรคไต)
5. หากท่านมีประวัติโรคมะเร็ง แพ้ โรคหอบหืด โรคหัวใจ แพ้ยา อาหารทะเล หรือ สารทึบรังสี กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่ทราบก่อนการนัดตรวจ
6. สตรีมีครรภ์ หรือสงสัยว่าตั้งครรภ์ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่ก่อนการนัดตรวจ เนื่องจากการตรวจมีอันตรายต่อทารกในครรภ์
7. นำฟิล์มเก่ามาด้วยทุกครั้ง (ถ้ามี)
8. ผู้ป่วยนอก (OPD) ให้มีญาติมาด้วยอย่างน้อย 1 คน เพื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน
9. ผู้ป่วยใน (IPD) ให้เปิดเส้นเลือด (Heparin Lock) บริเวณข้อพับแขนข้างขวา ด้วยเข็มเบอร์ 18-20 ก่อนส่งตรวจ

**หมายเหตุ** เพื่อประโยชน์ของท่าน กรุณามาให้ตรงนัด และปฏิบัติตามคำแนะนำที่ให้ไว้โดยเคร่งครัด หากมีปัญหา ต้องการงัดตรวจหรือเลื่อนนัด กรุณาติดต่อ งานรังสีวิทยา โทร. 044-551295 ต่อ 1289

เจ้าหน้าที่ผู้นัด.....

FM-RAD-006-00 ประกาศใช้ 4 เม.ย. 2566  
งานเอกซเรย์คุณภาพ ศูนย์พัฒนาคุณภาพ

ใบนัดตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ CT MSK (.....) with Contrast  
กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ .....ปี HN..... OPD /Ward.....

นัดตรวจวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

**การเตรียมตัวเพื่อรับการตรวจ**

- งดอาหาร น้ำ และเครื่องดื่มทุกชนิด 6 ชั่วโมงก่อนตรวจ (4 ชั่วโมงในผู้ป่วยเด็กเล็ก) (ตั้งแต่วันที่.....เวลา.....น.)
- ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง หัวใจ ให้นำยาที่รับประทานประจำมาด้วย และทานยาได้ตามปกติ (ยกเว้น ยาเบาหวาน ห้ามทาน !!!)
- ต้องมีผลเลือดการทำงานของไต (Cr.).....ก่อนวันรับการตรวจไม่เกิน 1 เดือน (กรณีไม่มีโรคประจำตัว) หรือไม่เกิน 7 วัน (กรณีเป็นโรคไต)
- หากท่านมีประวัติโรคภูมิแพ้ โรคหอบหืด โรคหัวใจ แพ้ยา อาหารทะเล หรือ สารที่บ่งชี้ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่ทราบก่อนการนัดตรวจ
- สตรีมีครรภ์ หรือสงสัยว่าตั้งครรภ์ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่ก่อนการนัดตรวจ เนื่องจากการตรวจมีอันตรายต่อทารกในครรภ์
- นำฟิล์มเก่ามาด้วยทุกครั้ง (ถ้ามี)
- ผู้ป่วยนอก (OPD) ให้มีญาติมาด้วยอย่างน้อย 1 คน เพื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน
- ผู้ป่วยใน (IPD) ให้เปิดเส้นเลือด (Heparin Lock) บริเวณข้อพับแขนข้างขวา ด้วยเข็มเบอร์ 18-20 ก่อนส่งตรวจ

**หมายเหตุ** เพื่อประโยชน์ของท่าน กรุณามาให้ตรงนัด และปฏิบัติตามคำแนะนำที่ให้ไว้โดยเคร่งครัด หากมีปัญหา ต้องการงตรวจหรือเลื่อนนัด กรุณาติดต่อ งานรังสีวิทยา โทร. 044-551295 ต่อ 1289

เจ้าหน้าที่ผู้นัด.....

FM-RAD-007-00 ประกาศใช้ 4 เม.ย. 2566  
งานเอกสารคุณภาพ ศูนย์พัฒนาคุณภาพ

ใบนัดตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ CTA .....  
กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ .....ปี HN..... OPD /Ward.....

นัดตรวจวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

**การเตรียมตัวเพื่อรับการตรวจ**

- งดอาหาร น้ำ และเครื่องดื่มทุกชนิด 6 ชั่วโมงก่อนตรวจ (4 ชั่วโมงในผู้ป่วยเด็กเล็ก) (ตั้งแต่วันที่.....เวลา.....น.)
- ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง หัวใจ ให้นำยาที่รับประทานประจำมาด้วย และทานยาได้ตามปกติ (ยกเว้น ยาเบาหวาน ห้ามทาน !!!)
- ต้องมีผลเลือดการทำงานของไต (Cr.).....ก่อนวันรับการตรวจไม่เกิน 1 เดือน (กรณีไม่มีโรคประจำตัว) หรือไม่เกิน 7 วัน (กรณีเป็นโรคไต)
- หากท่านมีประวัติโรคภูมิแพ้ โรคหอบหืด โรคหัวใจ แพ้ยา อาหารทะเล หรือ สารที่บ่งชี้ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่ทราบก่อนการนัดตรวจ
- สตรีมีครรภ์ หรือสงสัยว่าตั้งครรภ์ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่ก่อนการนัดตรวจ เนื่องจากการตรวจมีอันตรายต่อทารกในครรภ์
- นำฟิล์มเก่ามาด้วยทุกครั้ง (ถ้ามี)
- ผู้ป่วยนอก (OPD) ให้มีญาติมาด้วยอย่างน้อย 1 คน เพื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน
- ผู้ป่วยใน (IPD) ให้เปิดเส้นเลือด (Heparin Lock) บริเวณข้อพับแขนข้างขวา ด้วยเข็มเบอร์ 18-20 ก่อนส่งตรวจ

**หมายเหตุ** เพื่อประโยชน์ของท่าน กรุณามาให้ตรงนัด และปฏิบัติตามคำแนะนำที่ให้ไว้โดยเคร่งครัด หากมีปัญหา ต้องการงตรวจหรือเลื่อนนัด กรุณาติดต่อ งานรังสีวิทยา โทร. 044-551295 ต่อ 1289

เจ้าหน้าที่ผู้นัด.....

FM-RAD-008-00 ประกาศใช้ 4 เม.ย. 2566  
งานเอกสารคุณภาพ ศูนย์พัฒนาคุณภาพ

ใบนัดตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ CT Head and Neck (.....) with Contrast  
กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ .....ปี HN.....  OPD /Ward.....

นัดตรวจวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

**การเตรียมตัวเพื่อรับการตรวจ**

- งดอาหาร น้ำ และเครื่องดื่มทุกชนิด 6 ชั่วโมงก่อนตรวจ (4 ชั่วโมงในผู้ป่วยเด็กเล็ก) (ตั้งแต่วันที่.....เวลา.....น.)
- ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง หัวใจ ให้นำยาที่รับประทานประจำมาด้วย และทานยาได้ตามปกติ (ยกเว้น ยาเบาหวาน ห้ามทาน !!!)
- ต้องมีผลเลือดการทำงานของไต (Cr.).....ก่อนวันรับการตรวจไม่เกิน 1 เดือน (กรณีไม่มีโรคประจำตัว) หรือไม่เกิน 7 วัน (กรณีเป็นโรคไต)
- หากท่านมีประวัติโรคภูมิแพ้ โรคหอบหืด โรคหัวใจ แพ้ยา อาหารทะเล หรือ สารที่บ่งชี้ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่ที่ทราบก่อนการนัดตรวจ
- สตรีมีครรภ์ หรือสงสัยว่าตั้งครรภ์ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่ก่อนการนัดตรวจ เนื่องจากการตรวจมีอันตรายต่อทารกในครรภ์
- นำฟิล์มเก่ามาด้วยทุกครั้ง (ถ้ามี)
- ผู้ป่วยนอก (OPD) ให้มีญาติมาด้วยอย่างน้อย 1 คน เพื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน
- ผู้ป่วยใน (IPD) ให้เปิดเส้นเลือด (Heparin Lock) บริเวณข้อพับแขนข้างขวา ด้วยเข็มเบอร์ 18-20 ก่อนส่งตรวจ

**หมายเหตุ** เพื่อประโยชน์ของท่าน กรุณามาให้ตรงนัด และปฏิบัติตามคำแนะนำที่ให้ไว้โดยเคร่งครัด หากมีปัญหา ต้องการงัดตรวจหรือเลื่อนนัด กรุณาติดต่อ งานรังสีวิทยา โทร. 044-551295 ต่อ 1289

เจ้าหน้าที่ผู้นัด.....

FM-RAD-009-00 ประกาศใช้ 4 เม.ย. 2566  
งานเอกสารคุณภาพ ศูนย์พัฒนาคุณภาพ

ใบนัดตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ CT ..... (Non-Contrast)  
กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ .....ปี HN.....  OPD /Ward.....

นัดตรวจวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

**การเตรียมตัวเพื่อรับการตรวจ**

- ไม่ต้องงดอาหาร น้ำ เครื่องดื่ม และ ยาโรคประจำตัว (สามารถทานได้ปกติ)
- นำฟิล์มเก่ามาด้วยทุกครั้ง (ถ้ามี)
- หากท่านมีประวัติโรคประจำตัว กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่ที่ทราบก่อนการนัดตรวจ
- สตรีมีครรภ์ หรือสงสัยว่าตั้งครรภ์ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่ก่อนการนัดตรวจ เนื่องจากการตรวจมีอันตรายต่อทารกในครรภ์
- ผู้ป่วยนอก (OPD) ให้มีญาติมาด้วยอย่างน้อย 1 คน เพื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน

**หมายเหตุ** เพื่อประโยชน์ของท่าน กรุณามาให้ตรงนัด และปฏิบัติตามคำแนะนำที่ให้ไว้โดยเคร่งครัด หากมีปัญหา ต้องการงัดตรวจหรือเลื่อนนัด กรุณาติดต่อ งานรังสีวิทยา โทร. 044-551295 ต่อ 1289

เจ้าหน้าที่ผู้นัด.....

FM-RAD-010-00 ประกาศใช้ 4 เม.ย. 2566  
งานเอกสารคุณภาพ ศูนย์พัฒนาคุณภาพ

**แบบประเมินผู้ป่วยก่อนและหลังตรวจทางรังสีวิทยา**  
**และ ใบเซ็นยินยอมการตรวจทางรังสีวิทยา (CT scan, IVP)**  
**กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์**

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN.....  OPD /Ward.....  
นัดตรวจวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

**การพยาบาลก่อนรับการตรวจทางรังสีวิทยา**

**1. การคัดกรอง/การประเมินผู้ป่วย**

- 1.1 ระดับความรู้สึกตัว  รู้สึกตัวดี  ซึม  สับสน  ไม่รู้สึกตัว
- 1.2 สัญญาณชีพ BP...../.....mmHg PR...../min RR...../min BT.....°C BW.....kg
- 1.3 Device  ETT  Oxygen canula/mass with bag  IV fluid  อื่นๆ ระบุ.....
- 1.4 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ  BUN.....mg%  Creatinine.....mg% ผลวันที่.....
- 1.5 โรคประจำตัว  ไม่มี  มี ระบุ.....
- 1.6 ประวัติการแพ้ยา/ แพ้สารทึบรังสี/ แพ้อาหารทะเล  ไม่มี  มี อาการ.....

2. ปัญหาทางการพยาบาล  หายใจหอบเหนื่อย  ปวด  อ่อนเพลีย  มีความเสี่ยงต่อการแพ้สารทึบรังสี (ตามแบบฟอร์มแนบ)  
 อื่นๆ .....

3. การพยาบาล  ให้ข้อมูลการตรวจ/ การปฏิบัติตัว  เจาะ lab  On NSS lock  ให้ Oxygen  
 ให้ยา Pre-medication (กรณีมีความเสี่ยงต่อการแพ้สารทึบรังสี)  อื่นๆ.....

**4. การยินยอมรับการตรวจ**

ข้าพเจ้ายินยอมรับการตรวจทางรังสีวิทยาและฉีดสารทึบรังสี หลังจากได้รับการอธิบายให้ข้อมูล และเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจทางรังสีวิทยาที่มีการฉีดสารทึบรังสี (CT scan/ IVP) และอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดได้หลังการฉีดสารทึบรังสี ได้แก่

- อาการไม่รุนแรง คือ คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นคันเล็กน้อย ร้อนวูบวาบทั้งตัว หายใจไม่สะดวก
- อาการรุนแรงปานกลาง ถึงรุนแรงมาก คือ ลมพิษ ผื่นคันรุนแรง หัวใจเต้นผิดปกติ หงุดหงิด วิตกกังวล กล้องเสียงตดเกร็ง ความดันโลหิตต่ำ ชัก หัวใจวาย อาจถึงแก่ชีวิตได้

5. การฉีดสารทึบรังสี  ไม่ฉีด  ฉีด ระบุชนิดของสารทึบรังสี.....

ลงนาม.....ผู้ป่วย/ญาติ เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

ลงนาม 1. รังสีแพทย์/แพทย์เจ้าของไข้..... 2. พยาบาลวิชาชีพ..... 3. นักรังสีการแพทย์.....

**การพยาบาลหลังรับการตรวจทางรังสีวิทยา**

1. สัญญาณชีพหลังเสร็จสิ้นการตรวจทางรังสีวิทยา **ทันที** BP...../.....mmHg PR...../min RR...../min BT.....°C
2. สัญญาณชีพหลังเสร็จสิ้นการตรวจทางรังสีวิทยาแล้ว **15 นาที** BP...../.....mmHg PR...../min RR...../min BT.....°C
3. สัญญาณชีพหลังเสร็จสิ้นการตรวจทางรังสีวิทยาแล้ว **30 นาที** BP...../.....mmHg PR...../min RR...../min BT.....°C
4. ภาวะแทรกซ้อนหลังการตรวจ  ไม่มี  มี ระบุอาการ..... การรักษา.....
5. ให้คำแนะนำ  การปฏิบัติตัวหลังการตรวจ  การรับผล  การสังเกตภาวะแทรกซ้อนและการแก้ไข  อื่นๆ ระบุ.....
6. ผลการพยาบาล  ผู้ป่วยอยู่ในภาวะปกติ ปลอดภัยจากการตรวจ  ผู้ป่วยเข้าใจคำแนะนำหลังการตรวจ  อื่นๆ ระบุ.....
7. Discharge Status  กลับบ้าน โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน  ส่งต่อ ER  
 กลับหอผู้ป่วย เพื่อสังเกตอาการและให้การรักษาต่อ

**ทีมผู้ดูแล** ลงนาม 1. แพทย์เจ้าของไข้..... 2. พยาบาลวิชาชีพ.....

FM-RAD-020-00 ประกาศใช้ 4 เม.ย. 2566  
งานเอกสารคุณภาพ ศูนย์พัฒนาคุณภาพ

แบบบันทึกการเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาทางรังสีที่ต้องการฉีดสารทึบรังสี (CT scan และ IVP)  
 ในผู้ป่วยที่มีประวัติเสี่ยงต่อการแพ้สารทึบรังสี (Steroid Prophylaxis)  
 กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์

\*\*\*\*\*

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN.....  OPD /Ward.....  
 นัดตรวจวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

ท่านมีประวัติดังต่อไปนี้หรือไม่

- โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus)  มี  ไม่มี
- วัณโรคระยะติดต่อ (Active tuberculosis)  มี  ไม่มี
- โรคกระเพาะอาหารอักเสบ (Peptic ulcer disease)  มี  ไม่มี
- โรคติดเชื้อ (Systemic infection)  มี  ไม่มี
- ผู้ป่วยเป็นโรคที่กำลังรักษาด้วยยา steroid หรือ กำลังอยู่ในช่วง  
ลดขนาดยา steroid เพื่อที่จะหยุดยา steroid หรือไม่  มี  ไม่มี

ยาที่ต้องให้ในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการแพ้

- ผู้ป่วยมีนัดตรวจทางรังสีวิทยา วันที่ ..... เวลา .....
- กรณีผู้ป่วยอายุมากกว่า 15 ปี ขึ้นไป
  - Hydrocortisone 200 mg iv at 5 hours และ 1 hour ก่อนตรวจ
    - 5 ชั่วโมงก่อนตรวจ คือ ให้ยาวันที่.....เวลา.....น.
    - 1 ชั่วโมงก่อนตรวจ คือ ให้ยาวันที่.....เวลา.....น.
  - Chlorpheniramine (CPM) 10 mg iv at 1 hour ก่อนตรวจ
    - 1 ชั่วโมงก่อนตรวจ คือ ให้ยาวันที่.....เวลา.....น.
- กรณีผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี
  - Hydrocortisone 2 mg/kg iv at 5 hours and 1 hour ก่อนตรวจ (Max dose 200 mg)
    - 5 ชั่วโมงก่อนตรวจ คือ ให้ยาวันที่.....เวลา.....น.
    - 1 ชั่วโมงก่อนตรวจ คือ ให้ยาวันที่.....เวลา.....น.
  - Dimenhydrinate 1 mg/kg iv at 1 hour ก่อนตรวจ (Max dose 50 mg)
    - 1 ชั่วโมงก่อนตรวจ คือ ให้ยาวันที่.....เวลา.....น.

ผู้ป่วยได้รับยาครบตามกำหนดเวลาแล้ว .....(ลงชื่อผู้ให้ยา)

หมายเหตุ แบบฟอร์มนี้ประยุกต์มาจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

FM-RAD-021-00 ประกาศใช้ 4 เม.ย. 2566  
 งานเอกสารคุณภาพ ศูนย์พัฒนาคุณภาพ



# แบบสอบถามความเสี่ยงในการแพ้ Iodinated contrast media

## กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์

\*\*\*\*\*

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย..... HN..... อายุ.....ปี  
 Body weight.....kg Serum creatinine.....% (วันที่...../...../.....) eGFR.....ml/min/ 1.73 m<sup>2</sup>  
 วันที่ตรวจทางรังสีวิทยาที่มีการฉีดสารทึบรังสี ครั้งสุดท้าย.....วันที่นัด/รับการตรวจทางรังสีวิทยา.....

- ผล serum creatinine ไม่ควรเกิน 7 วัน ก่อนวันตรวจทางรังสีวิทยาที่ต้องฉีดสารทึบรังสี ในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคไต, ผ่านการผ่าตัดไต, มีโปรตีนในปัสสาวะ, โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, โรคเก๊าท์, กินยาที่มีผลต่อการทำงานของไต เช่น NSAIDs
- ผล serum creatinine ไม่ควรเกิน 1 เดือน ก่อนวัน ตรวจทางรังสีวิทยาที่ต้องฉีดสารทึบรังสี ในผู้ป่วยกรณีทั่วไป

-----

### ประวัติความเสี่ยงต่อไตวายที่ต้องถาม

- ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคไตมาก่อนหรือไม่  มี เป็นโรค.....  ไม่มี
- ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานหรือไม่  เป็น  ไม่เป็น  
 ถ้าเป็นเบาหวานมีปัญหาเรื่องไตร่วมด้วยหรือไม่  มี  ไม่มี  
 และได้รับการรักษาด้วยยา Metformin หรือไม่  ได้รับ  ไม่ได้รับ
- ผู้ป่วยเคยได้รับการตรวจทางรังสีวิทยาที่มีการฉีดสารทึบรังสี  ได้รับ  ไม่ได้รับ  
 เข้าสู่หลอดเลือดภายใน 3 วันที่ผ่านมาหรือไม่
- ผู้ป่วยเป็นโรคหัวใจล้มเหลวหรือไม่  เป็น  ไม่เป็น
- ผู้ป่วยอายุมากกว่า 70 ปี  ใช่  ไม่ใช่
- ผู้ป่วยกินยาที่มีผลต่อการทำงานของไต เช่น NSAIDs  กิน  ไม่กิน

### ประวัติความเสี่ยงต่อการแพ้สารทึบรังสีที่ต้องถาม

- ผู้ป่วยเคยมีประวัติแพ้สารทึบรังสีมาก่อนหรือไม่  เคย  ไม่เคย  
 (การแพ้ระดับกลางถึงรุนแรง เช่น เป็นผื่นคันที่ต้องฉีดยาแก้แพ้, มีอาการหดรัดตัวของหลอดลม, ความดันตก, ชัก, หัวใจวาย, หัวใจล้มเหลว)
- ผู้ป่วยโรคหอบหืด  มี  ไม่มี
- ผู้ป่วยโรคภูมิแพ้ ที่ขณะนี้รับการรักษาอยู่หรือไม่  รักษา  ไม่รักษา
- ผู้ป่วยเป็นโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษอยู่หรือไม่  เป็น  ไม่เป็น

### ประวัติความเสี่ยงอื่นๆที่ต้องถาม

- ผู้ป่วยตั้งครรภ์อยู่หรือไม่  มี  ไม่มี
- ผู้ป่วยให้นมบุตรอยู่หรือไม่  มี  ไม่มี
- ผู้ป่วยมีนัดการตรวจต่อมไทรอยด์ด้วยสารกัมมันตภาพรังสี  มีนัด  ไม่มีนัด  
 หรือรักษามะเร็งต่อมไทรอยด์ด้วยสารกัมมันตภาพรังสี ภายใน 2 เดือน  
 หลังการตรวจทางรังสีวิทยาคั้งนี้หรือไม่

ผู้ป่วยไม่มีประวัติเสี่ยง และสามารถตรวจทางรังสีวิทยาที่ต้องฉีดสารทึบรังสีได้

ผู้ป่วยมีประวัติเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่ง ให้ปรึกษารังสีแพทย์/แพทย์เจ้าของไข้

### ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ป่วย

- ภายใน 24 ชั่วโมงภายหลังการฉีดสารทึบรังสี ไม่ควรตรวจเลือดและปัสสาวะ

<b>ผู้ให้ประวัติ</b> <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ญาติ ชื่อ-สกุล.....	<b>ผู้ซักประวัติ</b> ลงนาม.....	<b>แพทย์เจ้าของไข้</b> ลงนาม.....
--	------------------------------------	--------------------------------------

หมายเหตุ แบบฟอร์มนี้ประยุกต์มาจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

FM-RAD-022-00 ประกาศใช้ 4 เม.ย. 2566  
 งานเอกสารคุณภาพ ศูนย์พัฒนาคุณภาพ