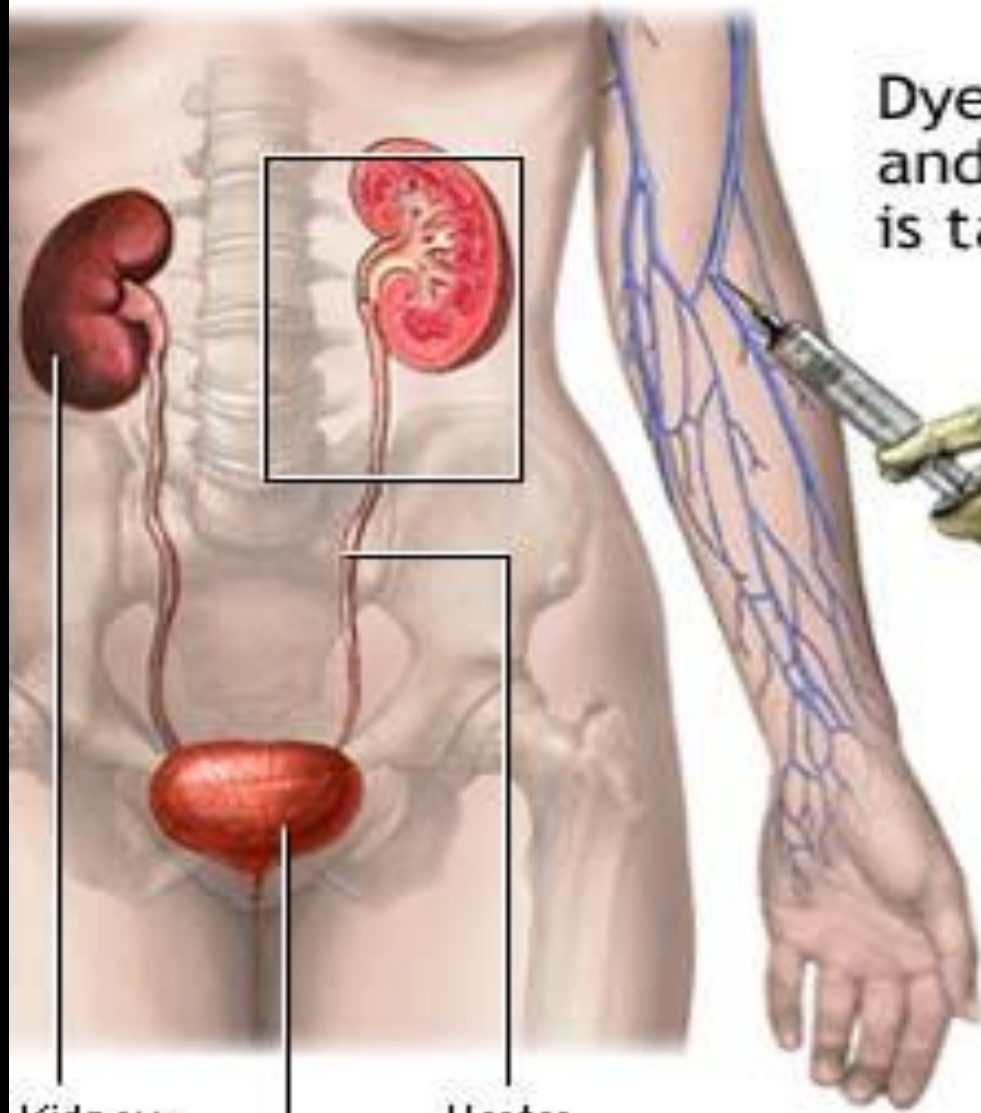


IVU

Dye is injected,
and an X-ray
is taken



Kidney
Renal pelvis
Ureter

Kidney
Bladder
Ureter

Preparation

Contrast dose :1 ml/kg

C.P:

KUB → ILLIAC CREST (3 FINGERS UBOVE)

NEPHROGRAM: → MIDWAY BETWEEN XIPHOID & ILLIAC CREST (4 FINGERS ABOVE UMBULICUS)

SID :100-115

marker, ,collimation ,anotation

Pt position:

Respiration

reason for taking images

Allergic pt preparation

نموذج موعد وتحضير لحص الجهاز البولي بالمادة الظليلية للكبار

الاسم /
اليوم والتاريخ /
العمر
رقم الفحص /
موعد الفحص /
أن المقصود من التحضير هو تخليص الأمعاء من الضلات والغزات الموجودة بها حتى نتجنب إلغاء للفحص أو التأجيل - لذا نرجو اتباع التعليمات الآتية بدقة :

في اليوم السابق للفحص :

- ١ - يمنع تناول الأدوية بالفم باستثناء حالات البول السكري .
- ٢ - العشاء قاصر في معظمه على السوائل بدون حليب أو كريم ويمكن تناول قطعة صغيرة من الخبز مع ملعقتين من العسل أو المربي - نفضل أن يكون العشاء في الساعة (٣٠ : ٧) السابعة والنصف مساء يفضل تجنب المشروبات الغازية .
- ٣ - أشرب زيت الخروع (٦٠) جم وذلك الساعة (٣٠ : ٨) الثامنة والنصف مساءً يمكن تناوله مع ملعقة من العسل أو المربي .
- ٤ - أشرب كمية كبيرة من السوائل بدون حليب أو كريم بعد تناول شربة الزيت حتى الساعة (١١) الحادية عشر مساءً .
- ٥ - ثم امتنع عن تناول أي شيء بالفم حتى موعد الحضور للقسم ويسمع فقد لمرضى البول السكري والقصور الكلوي بشرب جرعات من الماء خلال هذه الفترة .
- ٦ - أن عدداً من المرضى قد أخذ نفس الموعد لعمل هذه الفحص لذا سيكون أولوية الدخول للفحص تبعاً لأولوية الوصول للقسم .
- ٧ - بناءً على أسباب تتعلق بحالة الكلى وإفرازها للصبغة قد يتطلب الأمر وقت أطول من المعتاد لإتمام الفحص .

ويوم الفحص

- ١ - نرجو الحضور في الموعد المحدد .
- ٢ - على السيدات إبلاغ قسم الأشعة عن أي احتمال للعمل قبل فحص الأشعة .
- ٣ - في حالة الشكوى من الربو أو أي حساسية سابقة سواء للأدوية أو الأطعمة يرجى إبلاغ الاستقبال بذلك . ربما يحتاج الأمر لأخذ أدوية قبل الحضور للفحص لهذا السبب .
- ٤ - بالنسبة للسيدات اللاتي لم تتأكد من الدرورة تعمل تحليل حمل عن طريق الدم قبل موعد الأشعة بيوم أو يومين .

King Khalid University Hospital
Department of Radiology & Medical Imaging

مستشفى الملك خالد الجامعي
قسم الأشعة والتصوير الطبي

Patient File NO : _____ رقم الملف : _____
Patient Name : _____ اسم المريض / المريضة : _____
Ward / Clinic : _____ الجناح / العيادة : _____

- 1 . Are you Allergic to some Kinds of Foods ?
 Yes NO Do not Know
2. Are Allergic to Cartain types of Drugs ?
 Yes NO Do not Know
- 3 . Are you Allergic to Dust ?
 Yes NO Do not Know
4. Are you asthmatic ?
 Yes NO Do not Know
- 5 . Have you ever suffered from allergy to contrast ?
 Yes NO Do not Know
- Were your reaction Minor or Major?

- ١ - هل توجد لديك حساسية إزاء أطعمة معينة ؟
 نعم كلا لا اعرف
- ٢ - هل توجد لديك حساسية إزاء أدوية معينة ؟
 نعم كلا لا اعرف
- ٣ - هل توجد لديك حساسية إزاء الغبار ؟
 نعم كلا لا اعرف
- ٤ - هل تعاني من الربو القصبي ؟
 نعم كلا لا اعرف
- ٥ - هل سبق وأن تحسست من صبغات ملونة خاصة بالأشعة ؟
 نعم كلا لا اعرف
- فهل كانت حساسيتك خفيفة ام شديدة

Notes

ملاحظات :

**THE PREPARATION OF ACUTE
ALLERGIC PATIENT FOR
CONTRAST MEDIA**

تحضير المريض الحساس للصبغة

**1. Prednisone tablet 25mg 2
tabs. B.D x 2 days starting
one day before the
examination and the day of
examination.**

قبل الفحص يوم
- تناول قرصين نيوستولون ٢٥ مجم صباحاً
وأخر مساءً في اليوم السابق للفحص
وكذلك يوم الفحص .

**2. Then 5mg 2 tabs. B.D. x 2
days after the examination.**

يوم الفحص واليوم التالي
- في اليومين التاليين للفحص تناول قرصين
٥ مجم صباحاً ومساءً.

**3 . Then 5 mg B.D. x one day
then stop it .**

- في اليوم الثالث تناول قرص واحد ٥ مجم
صباحاً وآخر مساءً

NAME OF PATIENT :
HOSPITAL NO : SEX AGE.....

Allergy reaction:

Mild, moderate, severe

Treatment (at least name one medication)

Radiographic anatomy

Regular protocol in KKUH

CONTROL FILM

FULL KUB:

To make sure pt is prepared & to
Rule out calcification, verify
position & exposure factors.

C.P

ILLIAC CREST,OR

,3 FINGERS ABOVE,umbilicus

If pt is prepared ,nurse will place
the needle

In a proper vein to be ready for
injecting



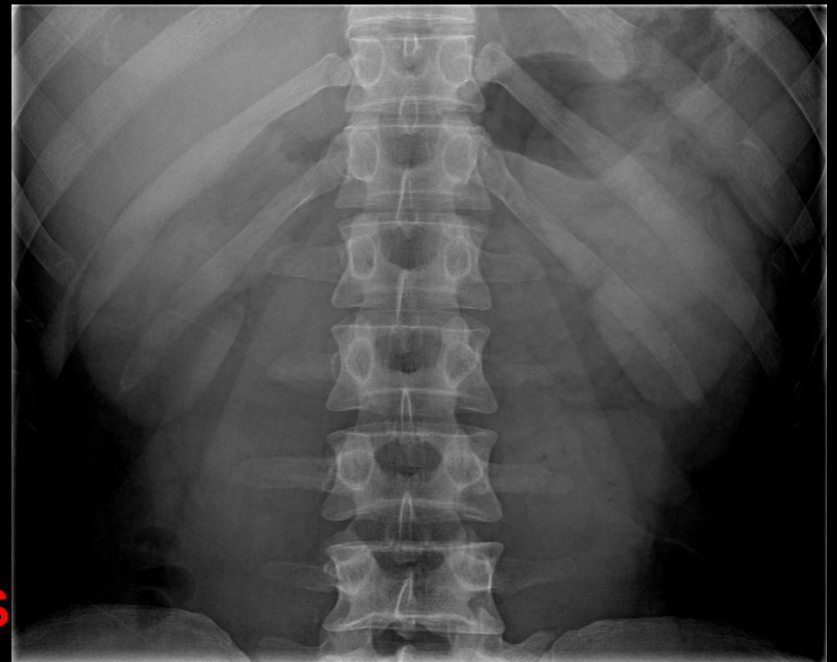
Immediate nephrogram

Only for kidney area

To capture the early C.M
filling

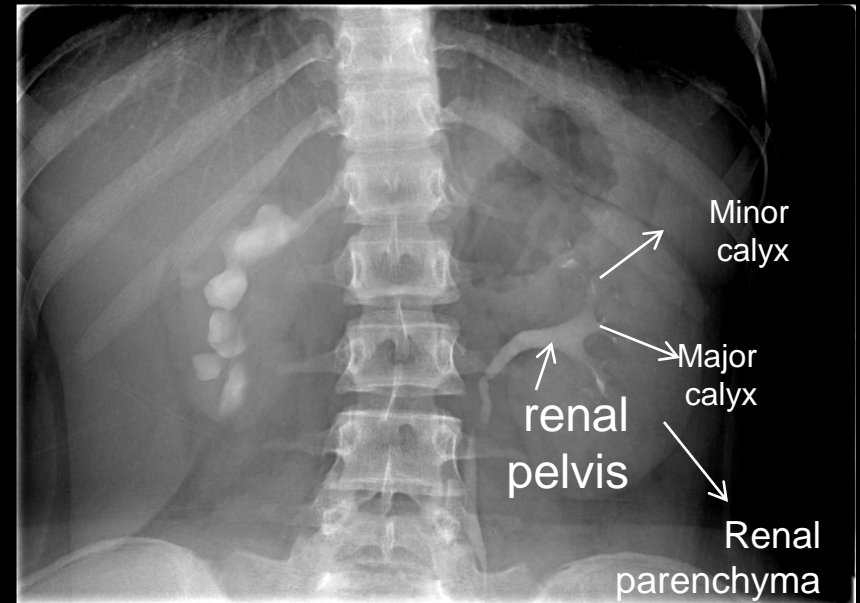
C.P:mid way between
xyphoid & illiac crest

(4 fingers above umbilicus)



5 min film

Kidney area



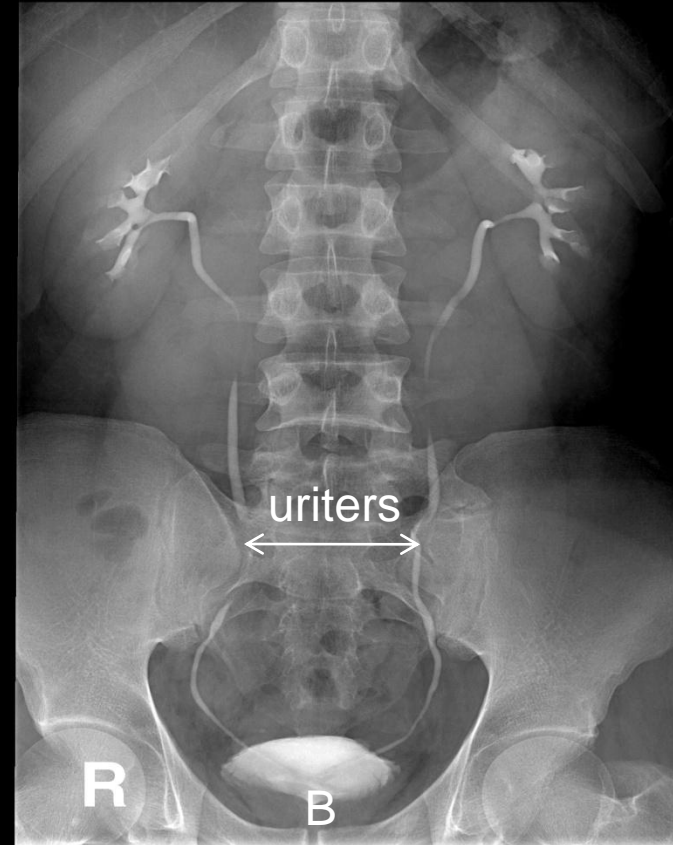
Compression if required to prolong collection of contrast in kidneys & proximal ureters



10-15 min (from beginning of injecting)

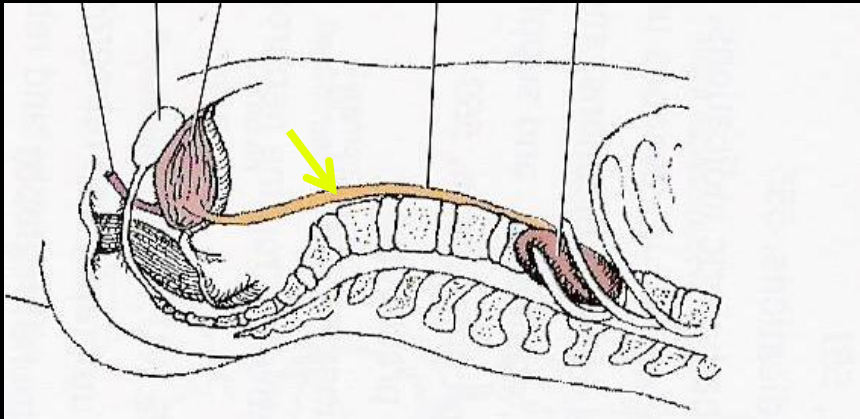
Full KUB

If the contrast did not move place pt in prone position & let him\her cough

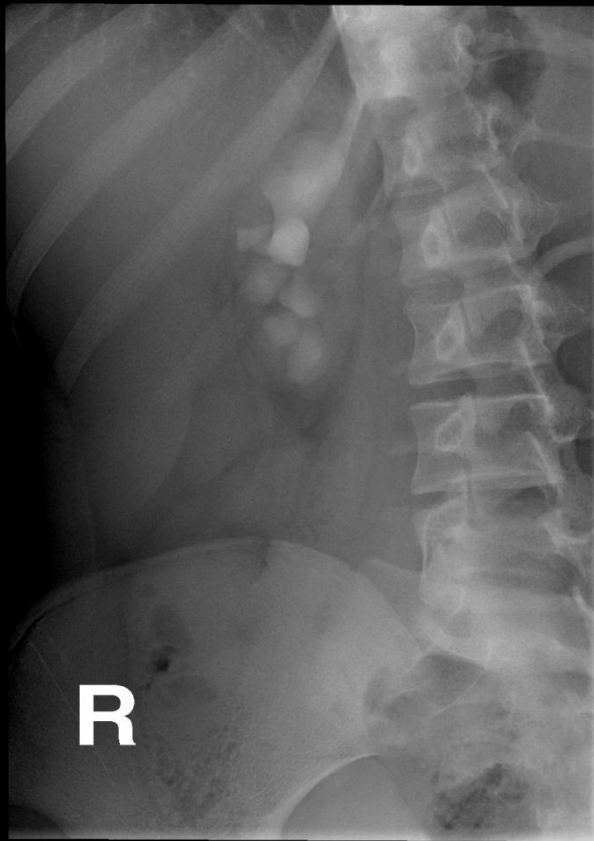


If required prone + Let pt cough

Helps fill the ureters
with contrast



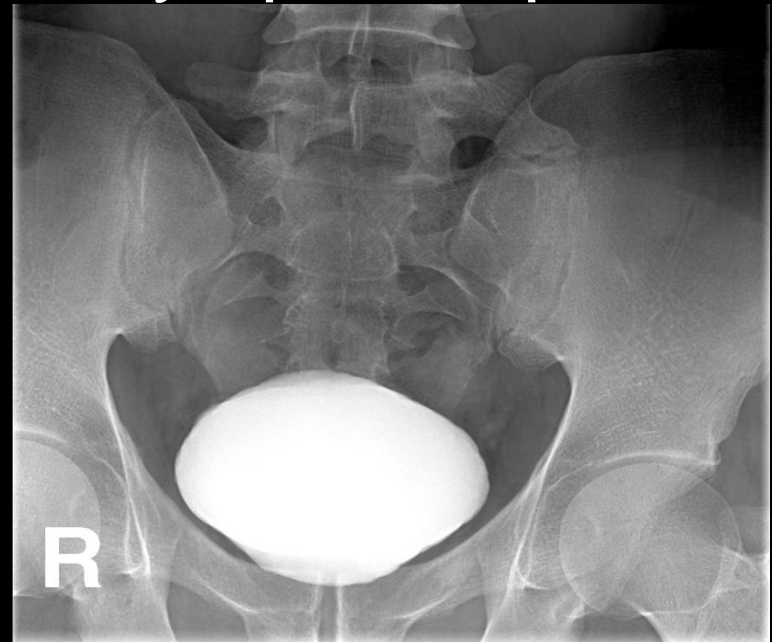
Oblique if required to project
ureter away from spine



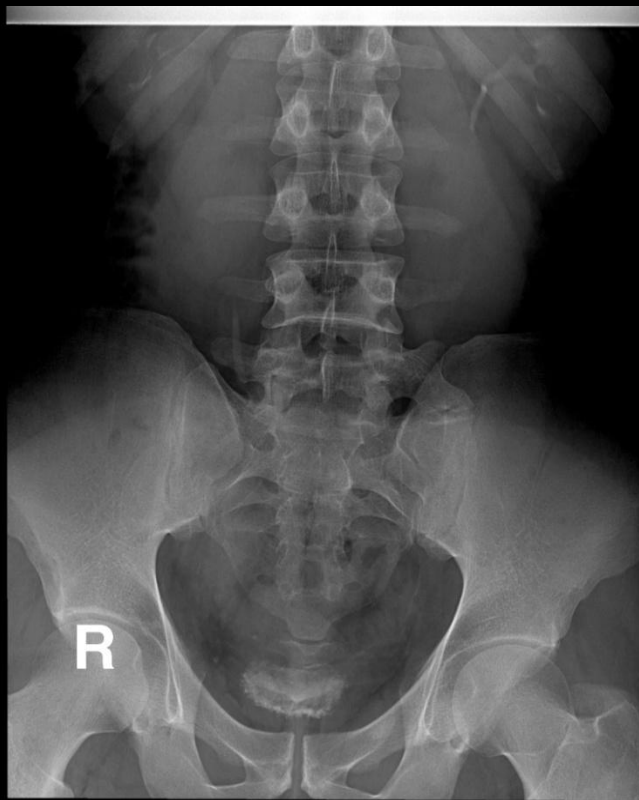
Bladder area

Pt can wait in the waiting area until he/she is full, while waiting pt can eat anything but dairy products

include iliac crest ■
& symphysis pubis



Post void



Full KUB to ruel out reflux

important

Technique:

Preparation

Allergic pt preparation

Contrast dose

C.P

SID

marker

Pt position

Respiration

Images taken(ex: 5min,10min....etc)

Radiographic anatomy

Contraindication to compression image

Allergy reaction