

Facility:



PET/CT FDG Brain Questionnaire Form

PET/CT.POL.002 Effective Date: August 1, 2013

Nombre del Paciente: _____ Fecha de hoy: _____

¿Cuándo es su cita de seguimiento y quién es el médico? _____ Fecha y hora: _____

¿Es alérgico a algún medicamento? Si es así, por favor, anote el medicamento. _____

☐ SI ☐ NO ¿Diabetis?

Altura: _____ Peso: _____

☐ SI ☐ NO ¿Usted toma insulina?

☐ SI ☐ NO ¿Toma medicamentos para la diabetes orales?

Tiene usted historial de tumores o cancer del cuerpo? Si la respuesta es si, favor de dar una lista con el año de diagnosis:

¿Sabe por qué su médico ordenó este examen?: _____

¿Qué síntomas ha estado experimentando recientemente? _____

¿Cuándo fue su más reciente examen de PET cerebral? _____ ¿Qué clínica? _____

¿Cuándo fue su más reciente resonancia magnética (MRI) del cerebro? _____ ¿Qué clínica? _____

¿Cuándo fue su más reciente Tomografía (CT) del cerebral? _____ ¿Qué clínica? _____

PACIENTES DE SEXO FEMENINO:

☐ SI ☐ NO ¿Hay posibilidad de que este embarazada? ¿Último período menstrual? _____

☐ SI ☐ NO ¿Está amamantando?

Por favor, indique si usted tiene historial de cualquiera de los siguientes: (Indique qué tipo)

☐ SI ☐ NO ENFERMEDAD RENAL _____

☐ SI ☐ NO DIABETES _____

☐ SI ☐ NO DEPENDENCIA DE INSULINA _____

☐ SI ☐ NO REACCION AL CONTRASTE DE RAYOS-X _____

****TECHNOLOGIST INJECTION INFORMATION****

Questionnaire must be reviewed with patient. Technologist Initials: _____

(Make sure the questionnaire has been completed, and it matches Intake Form and Body Sheet)

IV Site: _____ Initial Assay: _____ mCi Assay Time: _____

Glucose Level: _____ Post Assay: _____ mCi Injection Time: _____

Volume Injected: _____ Injected: _____ mCi Scan Start Time : _____

Time between Injection and Start of Exam _____ min CTDI _____ DLP _____