

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**APROBACIÓN DE INYECCIÓN DE RADIOFÁRMACO SIN YODO PARA TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES Y TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (PET/CT) Y MEDICINA NUCLEAR**

**Radiofármaco:** Su médico lo refirió para que le realicen un procedimiento que requiere la inyección, ingestión o inhalación de una pequeña cantidad de material radioactivo que será eliminado de su cuerpo en cuestión de horas o días, dependiendo del radiofármaco que se utilice.

Los efectos secundarios, aunque son raros, pueden incluir enrojecimiento, hinchazón o sarpullido.

Nombre del radiofármaco: \_\_\_\_\_

Tengo antecedentes de cáncer de mama con extracción de nódulos linfáticos  Sí  No

Tengo antecedentes de fístula arteriovenosa (AV)  Sí  No

**El técnico me ha explicado el procedimiento y mis preguntas han sido contestadas. Acepto que me realicen el procedimiento con la inyección del radiofármaco.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Hora**

(Padre, madre o tutor, si el paciente es menor de edad o está incapacitado)

Firma del técnico: \_\_\_\_\_