

Tomografía por emisión de positrones y tomografía computarizada (PET/CT) - Parte A

Es posible que algunos factores como el peso, la complejión del paciente y el tipo de examen determinen si se puede realizar el examen.

Apellido _____
Nombre _____
Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

Paciente: Llene toda la información que se solicita en este recuadro.

Peso declarado del paciente: _____ lb/kg Estatura: _____

Mencione las cirugías anteriores y sus fechas: _____

¿Cuándo fue la última vez que comió o bebió algo que no fuera agua? _____

¿Se sometió a algún procedimiento médico o dental con sedación en las últimas 24 horas?..... Sí No

** Está embarazada o amamantando Sí No Fecha del último periodo menstrual _____

Diabetes Sí No Si la respuesta es sí, fecha y hora de la última dosis de insulina: inyección _____ oral _____

Medicamentos para la estimulación de la médula ósea (Procrit, Epogenor, Aranesp)..... Sí No

¿Le practicaron estudios con bario en las últimas 72 horas? ... Sí No

¿Ha realizado ejercicio extenuante en las últimas 48 horas? Sí No

¿Tiene tatuajes? Sí No

Antecedentes de diarrea en los últimos 2 a 3 días Sí No

Antecedentes de claustrofobia Sí No

Dispositivos médicos implantados o externos Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuándo se le colocaron? _____
(catéter subcutáneo, neuroestimulador, marcapasos, bolsa de colostomía, implantes cardiacos, grapas quirúrgicas, articulaciones artificiales, prótesis dentales, etc.)

Enfermedad, infección o lesión reciente..... Sí No Si la respuesta es sí, describala _____

Alguna caída en los últimos 30 días..... Sí No Fecha de la caída más reciente _____

¿Actualmente tiene algún dolor? Sí No Si la respuesta es sí, indique dónde _____

Antecedentes de cáncer del paciente. Tipo y fecha de diagnóstico: _____

Quimioterapia Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____

Radioterapia..... Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____

Antecedentes de tabaquismo..... Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____

¿Algún otro estudio con imágenes previo relacionado con el motivo del examen de hoy? Sí No

Tipo de examen _____ Centro _____ Fecha: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

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

**Notify radiologist - pregnant patients require informed consent.

Glucose Level Test #1: _____ mg/dL Tested by: _____

Glucose Level Test #2: _____ mg/dL

Glucometer reference range: _____ mg/dL

Site Acceptable BGL range for Exam: _____

Assayed Dose: _____ mCi

Residual Dose: . mCi (Leading zero required if residual dose less than 1)

Injected Dose: _____ mCi Dose Injected by: _____

Injection Time: _____

Injection Site: _____ Additional Imaging: _____

Uptake Time: _____ Uptake Time: _____

Scan Start: _____ Scan Start: _____

Scan End: _____ Scan End: _____

CTDI: _____ mGy CTDI: _____ mGy

DLP: _____ mGy-cm DLP: _____ mGy-cm

I have reviewed each response with the patient or their legal guardian, power of attorney, next of kin, etc. and PERFORMED CLINICAL PAUSE #1.

Technologist Signature: _____ Date: _____

Insert Radiopharmaceutical Label Here

PET/CT - Part B

Medical Record # / Accession #: _____
Exam Ordered - PET/CT: _____
Facility Name: _____
Referring Physician: _____ Diagnosis: _____
Reason for Exam/Clinical Symptoms: _____

Last Name _____
First Name _____
Date of Birth _____ Date _____

Clinical Pause #1: Correct Patient Correct Exam
 Correct Drug Reviewed Physician Order _____ Tech Initials _____

Oral Contrast Name _____
Amount _____ mL
Lot # _____
Exp. Date _____
Administered By: _____
Title: _____

Patient's preferred language for discussing healthcare:
 English Spanish Other _____

Barriers to Learning <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Type: _____ Intervention: _____
<input type="checkbox"/> Language <input type="checkbox"/> Interpreter ID# _____
<input type="checkbox"/> Hearing <input type="checkbox"/> Repeat Questions
<input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Family/Significant Other

Is the patient allergic to any medications, food, or latex?
 Yes No If Yes, please list:
1 _____ 4 _____
2 _____ 5 _____
3 _____ 6 _____

Did the patient self-medicate for today's procedure? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If yes, do they have a driver? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

List all current medication(s) and check the ones taken today:
(Include birth control and over the counter, ointments, herbals, vitamins,
medication patches, etc.)

_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____

Patient unaware of current medications Patient not on any medications Medication list attached (includes name & DOB)

Attachment A054(c) must be completed for all patients receiving only Radiopharmaceutical injection.

Will the Patient receive an IV injection of Iodinated Contrast? Yes No If yes, A054(b) must be completed and signed.

Injection site evaluated? Yes No **Note appearance** _____

Post Injection Instructions given (applicable to all patients who receive an injection). Yes No N/A

RECEIPT OF VERBAL ORDERS, TEST RESULTS, MODIFICATIONS, OR OTHER INSTRUCTIONS: Yes No

Information Received: _____

Readback confirmed with _____ Title _____ Date _____ Time _____

Technologist Signature: _____ Date _____ Time _____

Radiologist Signature: _____ Date _____ Time _____

Patient was encouraged to "Speak up" with questions or concerns. Yes No

Technologist Comments _____

Clinical pause #2 prior to image transfer (Correct labeling, annotation and image quality)? Tech Initials _____

Prior to release, patient was assessed and found impaired? Yes No

If yes, supervising physician notified? Yes No

If patient refuses further assessment, notify supervising physician and Team Member to follow policy #5023.

Team Member Signature and Title: _____

FIRMA DEL PACIENTE SOLO DESPUÉS DE FINALIZAR EL EXAMEN.

Recuperé todos mis objetos personales después de finalizar el examen. Sí No N/A

Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones electrónicas e invitaciones para encuestas. Sí No N/A

(Es posible que se apliquen tarifas de datos dependiendo de su operador de telefonía celular).

Mi método preferido de comunicación y para recibir encuestas es: Mensaje de texto Correo electrónico Tableta

N.º de teléfono celular: (____) _____ **Correo electrónico:** _____

Recibí una copia de los términos y las condiciones de comunicación electrónica.

Sí No N/A

Firma del paciente _____