

Tomografía computarizada (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: Complete toda la información que se solicita en esta sección de casillas.

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

Mencione las cirugías anteriores y sus fechas: _____

HISTORIAL DEL PACIENTE

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

** Está embarazada Sí No

Fecha del último periodo menstrual _____

* Está amamantando Sí No

* Antecedentes personales de diabetes..... Sí No

* Alergias al tinte intravenoso (IV) o al látex.... Sí No

* Mieloma múltiple..... Sí No

* Anemia de células falciformes Sí No

* Marcapasos Sí No

* Bomba de infusión Sí No

* Neuroestimulador Sí No

* Dispositivos médicos implantados o externos Sí No

Asma/enfermedad pulmonar obstructiva crónica

(EPOC)/enfisema..... Sí No

Arritmia..... Sí No

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

Alguna caída en los últimos 30 días..... Sí No

Si la respuesta es sí, especifique la fecha de la caída más reciente: _____

Antecedentes de cáncer Sí No

Indique qué tipo _____

Quimioterapia _____ Radiación _____

Accidente cerebrovascular previo..... Sí No

Implante metálico/prótesis Sí No

Dispositivos ortopédicos..... Sí No

Grapas quirúrgicas..... Sí No

Epilepsia (ataques)..... Sí No

Catéter o sonda de drenaje Sí No

Claustrofobia Sí No

Dificultad para tragar Sí No

Aparatos de ortodoncia Sí No

Prótesis dentales removibles..... Sí No

¿Se automedicó para el procedimiento de hoy? ... Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cuenta con un conductor?..... Sí No

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

Tipo de examen _____ Centro _____ Fecha _____

Entiendo los riesgos de realizarme una radiografía durante el embarazo y no creo estar embarazada.

Inicial: _____ Fecha: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

(Padre, madre o tutor si la paciente es menor de edad o está incapacitada)

Parentesco: _____

(**) Pregnancy requires signed informed consent. Single asterisk (*) items may require further discussion between Technologist and Radiologist. Document any verbal approvals or instructions on Part B.

Tech Comments: _____

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: _____

CT - Part B

Medical Record # / Accession #: _____

Exam Ordered - CT of: _____

Facility Name: _____

Referring Physician: _____

Diagnosis: _____

Reason for Exam/Clinical Symptoms: _____

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

Is the patient allergic to any medications, food, or latex?

Yes No If Yes, please list: _____



Clinical Pause #1: Correct Imaging Protocol
Correct Patient Correct Procedure
Correct Body Part Correct Positioning
Reviewed Physician Order Tech Initials _____

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)

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

Barriers to Learning Yes No
Type: Language Hearing Other _____
Intervention: Interpreter ID# _____
 Repeat Questions Family/Significant Other

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

Injection site evaluated? Yes No N/A **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 _____

CTDI _____ mGy **DLP** _____ mGy-cm **Anatomy** _____

CTDI _____ mGy **DLP** _____ mGy-cm **Anatomy** _____

Dose at or below threshold? Yes No If no, why? _____

If over threshold, was CT Log completed? Yes No

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 personnel 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 _____