

# 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, descríbala \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

|  |
|--|
| <b>Barriers to Learning</b> <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<br>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.)

|                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| _____ <input type="checkbox"/> | _____ <input type="checkbox"/> |
| _____ <input type="checkbox"/> | _____ <input type="checkbox"/> |
| _____ <input type="checkbox"/> | _____ <input type="checkbox"/> |
| _____ <input type="checkbox"/> | _____ <input type="checkbox"/> |

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** \_\_\_\_\_