Medicina nuclear - Parte A

Es posible que algunos factores como el peso, la complexión 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: _____

_____

¿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** _____

¿Cuándo fue la última vez que comió o bebió algo? _____

Última ingesta de cafeína _____

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

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

Antecedentes de claustrofobia .....❑ Sí ❑ No

¿Tiene cálculos biliares?.....❑ 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, 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?* _____

¿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 cannot be scanned.**

CCK dose given: _____ug Time given: _____mins

Infusion over: _____mins GBEF: _____%

Lasix given: _____mg at _____mins Captopril: _____mg

RBC Tag Method: Ultratag or PYP (circle one)

Radiopharmaceutical Name _____

Dose Amount: ☐.☐☐☐ mCi / μCi (circle one) (Leading zero required if dose less than 1)

Dose Route: Injected, Ingested, Inhaled (circle one)

Injection Site: _____ Injected by: _____

Tech Notes: _____

_____

_____

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

Technologist Signature: _____ **Date:** _____

Nuclear Medicine - Part B

Medical Record # / Accession #: _____

Facility Name: _____

Exam Ordered: _____

Referring Physician: _____

Diagnosis: _____

Last Name _____

First Name _____

Date of Birth _____ **Date** _____

Reason for Exam/Clinical Symptoms: _____

Clinical Pause #1: Correct patient ❑ Correct drug ❑ Correct exam ❑ Correct Positioning ❑ Reviewed Physician Order ❑

Tech Initials_____

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:

1 _____ 4 _____

2 _____ 5 _____

3 _____ 6 _____

Barriers to Learning ❑ Yes ❑ No

Type:	Intervention:
❑ Language	❑ Interpreter ID# _____
❑ Hearing	❑ Repeat Questions
❑ Other _____	❑ Family/Significant Other

List all current medication(s) and check the ones taken today:

(Include birth control and over the counter, ointments, herbals, vitamins, medication patches, etc.)

_____ ❑ _____ ❑

_____ ❑ _____ ❑

_____ ❑ _____ ❑

_____ ❑ _____ ❑

_____ ❑ _____ ❑

Did the patient self-medicate

for today's procedure? ..... ❑ Yes ❑ No

If yes, do they have a driver? ..... ❑ Yes ❑ No

❑ 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 an injection.

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** _____