

Facility: \_\_\_\_\_



**PET/CT FDG Brain Questionnaire Form**

PET/CT.POL.002 Effective Date: August 1, 2013

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

**¿Cuándo es su cita de seguimiento y quién es el médico?** \_\_\_\_\_ **Fecha y hora:** \_\_\_\_\_

**¿Es alérgico a algún medicamento?** Si es así, por favor, anote el medicamento. \_\_\_\_\_

SI  NO **¿Diabetis?** **Altura:** \_\_\_\_\_ **Peso:** \_\_\_\_\_

SI  NO **¿Usted toma insulina?**

SI  NO **¿Toma medicamentos para la diabetes orales?**

Tiene usted historial de tumores o cancer del cuerpo? Si la respuesta es si, favor de dar una lista con el año de diagnosis:

\_\_\_\_\_

¿Sabe por qué su médico ordenó este examen?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué síntomas ha estado experimentando recientemente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su más reciente examen de PET cerebral? \_\_\_\_\_ ¿Qué clínica? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su más reciente resonancia magnética (MRI) del cerebro? \_\_\_\_\_ ¿Qué clínica? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su más reciente Tomografía (CT) del cerebral? \_\_\_\_\_ ¿Qué clínica? \_\_\_\_\_

**PACIENTES DE SEXO FEMENINO:**

SI  NO **¿Hay posibilidad de que este embarazada? ¿Último período menstrual?** \_\_\_\_\_

SI  NO **¿Está amamantando?**

Por favor, indique si usted tiene historial de cualquiera de los siguientes: (Indique qué tipo)

SI  NO **ENFERMEDAD RENAL** \_\_\_\_\_

SI  NO **DIABETES** \_\_\_\_\_

SI  NO **DEPENDENCIA DE INSULINA** \_\_\_\_\_

SI  NO **REACCION AL CONTRASTE DE RAYOS-X** \_\_\_\_\_

**\*\*TECHNOLOGIST INJECTION INFORMATION\*\***

**Questionnaire must be reviewed with patient. Technologist Initials:** \_\_\_\_\_

**(Make sure the questionnaire has been completed, and it matches Intake Form and Body Sheet)**

IV Site: \_\_\_\_\_ Initial Assay; \_\_\_\_\_ mCi Assay Time: \_\_\_\_\_

Glucose Level: \_\_\_\_\_ Post Assay: \_\_\_\_\_ mCi **Injection Time:** \_\_\_\_\_

Volume Injected: \_\_\_\_\_ Injected: \_\_\_\_\_ mCi **Scan Start Time :** \_\_\_\_\_

**Time between Injection and Start of Exam** \_\_\_\_\_ min **CTDI** \_\_\_\_\_ **DLP** \_\_\_\_\_