

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