

PET/ CT WORKSHEET

Nombre: _____ Fecha: _____ Edad: _____ Estatura: _____ Peso: _____ Sexo: _____

Ha seguido la dieta 24 horas de preparación? Sí No Cuándo fue la última vez que comiste? _____ @ _____ AM / PM
 Bebió agua ayer y hoy? Sí No
 Ha realizado alguna actividad extenuante Sí No Tipo/duración: en las últimas 24 horas? _____

HISTORIAL MÉDICO / QUIRÚRGICOS (Enumere todas las cirugías anteriores con fechas):

Tiene convulsiones? Sí No Explique: _____
 Ha tenido una infección reciente? Sí No Tipo / Ubicación: _____
 Ha tenido una colonoscopia? Sí No Fecha: _____ pólipos biopsia u operados? Y / N
 Lista de ubicaciones de cualquier metal implantado: Tipo / Lugar: _____

ESTUDIOS PREVIOS:

Dónde / cuándo se hizo la última CT? Fecha: _____ Tipo: _____ Lugar: _____
 Dónde / cuándo se hizo la última MRI? Fecha: _____ Tipo: _____ Lugar: _____
 Los exámenes de PET / CT anteriores? Sí No Dónde? _____
 Has traído el CD / Placas radiológicas? Sí No

HISTORIA DEL CÁNCER:

Ha tenido / tiene usted una corriente cáncer conocido, tumor o malignidad? _____
 Ha tenido recientemente una biopsia? Sí No Área(s) Fecha (s): _____
 Ha tenido la radioterapia? Sí No Fecha (s) zona (s) Completado: _____
 Ha tenido la quimioterapia? Sí No Fecha de la última Curso Completo: _____
 Recientes inyecciones de Neupogen/Neulasta? Sí No ¿Cuándo? _____
 Cuando es su cita de seguimiento? _____ ¿Cuándo se reanuda el tratamiento? _____
 Copia del informe enviado a? _____

*****TECHNOLOGIST USE ONLY*****

CENTER: S. ARL **NET DOSE :** _____ mCi @ _____

EXAM: FDG PET/CT Sodium Fluoride F-18 PET/CT Bone **GLUCOSE :** _____ mg/dL

CIRCLE ONE: New Diagnosis Follow Up Initial Stage Restage

DIAGNOSIS ON ORDER: _____ **SEPARATE CT'S PERFORMED:** _____

Skull Base to Mid Thigh (Standard) Skull Vertex to Mid Thigh Total Body (2-Part Exam)

IV SITE: RIGHT LEFT **CIRCLE ONE:** Hand Wrist Antecubital Power PICC/Port

TECH TECHNOLOGIST: _____ Hard Table / Soft Table Arms: Up / Down Scan Direction: P – H or H – P Diabetic: Y/N

Assay _____ @ _____ Residual _____ @ _____ Time Per Bed: _____ Min Table Height _____