CUESTIONARIO PARA INICIAR PROCESO DE AGENDA ESTUDIO DE PET CEREBRAL

NOMBRE DEL PACIENTE_____
Apellido Paterno **Apellido Materno** **Nombre (s)**

SEXO : F M	EDAD: _____	FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____ **Día Mes Año**	PESO: _____	**Marque con "X" la unidad de peso:** KILOS	LIBRAS

DOMICILIO:_____
Calle y Número **Colonia** **Ciudad y Estado** **C.P**

EMAIL:_____

TELÉFONO (1):_____ TELÉFONO (2):_____

NOMBRE DEL **MÉDICO ESPECIALISTA** QUE SOLICITA EL ESTUDIO DE PET-CT (TRATANTE):

_____

TELÉFONO DE MEDICO TRATANTE:_____ E-MAIL DE MEDICO TRATANTE:_____

Diagnostico medico o tipo de cáncer que padece
(De no saber, pregunte a su Médico)

Motivo del estudio
(De no saber, pregunte al Médico que le solicita el estudio)

¿Ha recibido **Radioterapia**? SÍ NO

Favor de indicar fecha de su última sesión: _____/_____/_____
Día Mes Año

¿En qué parte del cuerpo recibió la Radioterapia?

_____

¿Ha recibido usted **Quimioterapia**? SÍ NO

Favor de indicar fecha de su última sesión: _____/_____/_____
Día Mes Año

Fecha y tipo de la última cirugía (Incluye Biopsias, Tatuajes, aretes, expansiones, extracción de alguna pieza dental, o alguna herida que haya necesitado sutura (puntadas):

Tipo de cirugía:_____ _____/_____/_____
Día Mes Año

¿El paciente padece Diabetes? : **SÍ** **NO**
Si su respuesta es **SÍ** , favor de indicar el tratamiento que utiliza para la Diabetes:_____

Si usted padece diabetes favor de indicar sus niveles de glucosa recientes de los últimos 5 días:

Día 1: _____/ **Día 2:**_____/ **Día 3:** _____/ **Día 4:** _____/ **Día 5:** _____/

¿Entiende y puede seguir indicaciones?	SÍ	NO	¿Necesita silla de ruedas?	SÍ	NO
¿Presenta movimientos involuntarios? Si su respuesta es **SÍ**, necesita usted saber que requerirá servicio de anestesiología, el cual lleva costo extra al estudio PET.	SÍ	NO	¿Requiere camilla?	SÍ	NO
¿Es usted Zurdo?	SÍ	NO	¿Está usted en cama?	SÍ	NO
¿Requiere Oxigeno suplementario?	SÍ	NO	¿Está Hospitalizado?	SÍ	NO
¿Se puede movilizar solo?	SÍ	NO	**En Mujeres** ¿Está usted embarazada o lactando?	SÍ	NO
¿Utiliza algún aparato de ayuda para movilizarse? ¿Cuál? _____	SÍ	NO	**El Servicio de Anestesia para el estudio** *Solo es recomendable para niños pequeños, y pacientes que vienen con mucho dolor o son sumamente nerviosos, claustrofóbicos o tienen movimientos involuntarios* **Si su respuesta es SÍ, necesita saber que el servicio de anestesiología lleva un costo extra al estudio de PET-CT.**	SÍ	NO

¿***Se ha hecho algún estudio en Scantibodies, anteriormente***? SÍ | NO ¿Cuál?_____

FIRMA DEL PACIENTE: ***FECHA*** _____/_____/_____
Día Mes Año

Favor de enviar toda documentación al correo de: citas@imagenologiayterapia.com **FORMA SIT SOP 003-A** Vs.02