

CUESTIONARIO PARA INICIAR PROCESO DE AGENDA ESTUDIO DE PET CEREBRAL

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

NOMBRE: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

SEXO: F M	EDAD: _____	FECHA DE NACIMIENTO: _____ <small>Día Mes Año</small>	PESO: _____ <small>KILOS</small>	LIBRAS
-----------	-------------	--	-------------------------------------	--------

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

CORREO ELECTRONICO: _____

TELÉFONO (1): _____	TELÉFONO (2): _____
---------------------	---------------------

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

¿SE HA HECHO ALGÚN ESTUDIO EN SCANTIBODIES ANTERIORMENTE? SÍ | NO ¿CUÁL? _____

NOMBRE DE MÉDICO QUE SOLICITA ESTUDIO PET-CT (TRATANTE): _____

TELÉFONO DE MEDICO TRATANTE: _____ CORREO ELECTRONICO DE MEDICO: _____

DIAGNÓSTICO MÉDICO/TIPO DE CÁNCER QUE PADECE: _____ MOTIVO DEL ESTUDIO: _____

¿Ha recibido QUIMIOTERAPIA? SÍ NO ¿Se puede usted mover por si solo? SÍ NO

FECHA DE ÚLTIMA SESIÓN: ____/____/____
Día Mes Año
 ¿Utiliza algún aparato para moverse? SÍ NO
 ¿Cuál? _____

¿Ha recibido RADIOTERAPIA? SÍ NO ¿Está usted hospitalizado? SÍ NO

FECHA DE ÚLTIMA SESIÓN: ____/____/____
Día Mes Año
 ¿Requiere oxígeno suplementario? SÍ NO
 Mujeres ¿Está usted embarazada o lactando? SÍ NO

¿En qué parte del cuerpo recibió Radioterapia? _____
 ¿Alergias? (MEDICAMENTOS, ALIMENTOS, RESPIRATORIAS) SÍ NO
 ¿Cuáles? _____

¿Entiende y puede seguir indicaciones? SÍ NO ¿Presenta movimientos involuntarios? Si su respuesta es SÍ, paciente requerirá servicio de anestesia. SÍ NO

¿Es usted zurdo? SÍ NO

¿Cree usted necesitar el servicio de anestesia para el estudio? SÍ NO Razón: _____

FAVOR DE INDICAR CIRUGIAS RECIENTES: (Biopsias, tatuajes, aretes, extracción de alguna pieza dental, o alguna herida que haya necesitado sutura (puntadas):

TIPO DE CIRUGÍA: _____ FECHA: ____/____/____
Día Mes Año

¿Padece usted de 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: ____/

DATOS FISCALES

RAZON SOCIAL: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

RFC: _____ CORREO ELECTRONICO: _____

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA ____/____/____
Día Mes Año



PREPARACION DE PACIENTES PARA ESTUDIO DE TOMOGRAFIA POR EMISION DE POSITRONES (PET-CEREBRAL)

**SI EL PACIENTE PASA POR ALTO ALGUNA DE LAS INDICACIONES DE PREPARACIÓN
CORRE EL RIESGO DE QUE NO SE PUEDA REALIZAR EL ESTUDIO Y PERDER SU DEPOSITO**

NOTAS IMPORTANTES:

- Solo es permitido acompañante si paciente es menor de edad o incapacitado/minusválido.
- No son permitidos menores de 18 años o mujeres embarazadas acompañando a paciente.
- **SIN EXCEPCIONES:** uso de mascara que cubra nariz, boca y barbilla completamente.
- Es **INDISPENSABLE** que paciente cuente con estudio de **RESONANCIA MAGNETICA** reciente.
- **Paciente con diabetes:** no se realizara estudio y se perderá depósito si niveles de glucosa son mayores de 150mg/dl.
- **Mujeres embarazadas:** estudio no se puede realizar por riesgo de daño al feto.
- **Mujeres en lactancia:** avisar a Scantibodies al menos 3 días antes de su cita para otorgarle instrucciones especiales.
- **Servicio de anestesia:** requiere previa programacion de anestesiólogo con costo adicional.
- **Miastenia gravis:** avisar a personal de Scantibodies si paciente padece de miastenia gravis.
- Proceso de estudio requiere se realice cita previa vía telefónica o por correo electrónico.
- Es necesario presentarse en Scantibodies el día de su cita por lo menos 10 minutos antes.
- Una vez confirmada cita, si paciente cancela estudio de último momento no habrá devolución de depósito, sin excepciones. Instituciones tendrán un cargo de 50% del costo total de estudio.

DIA ANTES DEL ESTUDIO:

- No ingerir azucares y comidas altas en carbohidratos **24 horas antes** de su estudio.
- No fumar, no tomar bebidas alcohólicas o con cafeína **12 horas antes** de su estudio.
- No hacer ejercicio físico intenso o deporte **24 horas antes** de su estudio.

DIA DEL ESTUDIO:

- **Ayuno total de 8 horas** (incluye goma de mascar).
- **No suspender medicamentos** aun con ayuno; pacientes diabéticos ver instrucciones en la siguiente página.
- **Pacientes hospitalizados:** no utilizar suero en las 8 horas antes de su estudio.
- Traer ropa cómoda, sin metal, adornos o cierres metálicos. (Ex: ropa deportiva, pijamas, etc.)
- No se permite el uso de joyas, adornos y decoraciones. De preferencia no usar maquillaje para su estudio.
- Pacientes con cabello largo deben traerlo completamente recogido.
- Traer consigo solicitud original donde su medico tratante lo envía a realizarse estudio PET. Subrogados traer copia de carnet de institución y documentos de la subrogación autorizada
- Es Indispensable traer consigo estudios previos de imagen y/o resultados previos de patología ó biopsias que tenga. Pueden ser disco, placas o reportes escritos; éstos se revisarán durante su cita y se regresarán al concluir el estudio (Ex: Resonancias Magnéticas, Tomografías, Ultrasonidos, etc.)

FIRMA DE PACIENTE: _____ FECHA: _____

DESPUES DEL ESTUDIO:

- **No tener contacto con mujeres embarazadas o menores de 18 años durante 8 horas después de su estudio.**
- Evitar lugares concurridos durante 8 horas después de su estudio.
(Ex: centros comerciales, restaurantes, cines, eventos sociales, aeropuertos)
- Al término del estudio se le entregara folder con imágenes y disco de su PET scan.
- Los resultados se entregan en un lapso de **72 horas hábiles.**

PACIENTES CON DIABETES:

Para poder realizar PET/CT, el paciente con diabetes debe tener una **glucosa capilar menor a 150mg/dL.**

- Favor de suspender **INSULINA 4 horas antes** de su cita.
- Favor de suspender **METFORMINA 24 horas antes** de su cita.
- Traer consigo medicamento/insulina que usa el día de su cita. Después de realizarse estudio puede continuar con su medicación como su medico indique.

NOTA: DE PREFERENCIA REALIZAR SEGUNDO PAGO DEL ESTUDIO POR TRANSFERENCIA O CON TARJETA DE CREDITO/DEBITO.

FAVOR DE ENVIAR DOCUMENTACION AL CORREO ELECTRONICO: citas@imagenologiyterapia.com

FIRMA DE PACIENTE: _____	FECHA: _____
---------------------------------	---------------------