

# 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:	_____ / _____ / _____ Día Mes Año	PESO: _____	KILOS	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 <b>QUIMIOTERAPIA</b> ? _____	SI	NO	¿Se puede usted mover por si solo?			SI NO
FECHA DE ÚLTIMA SESIÓN: _____ / _____ / _____ Día Mes Año			¿Utiliza algún aparato para moverse?			SI NO
			¿Cuál? _____			
¿Ha recibido <b>RADIOTERAPIA</b> ? _____	SI	NO	¿Está usted hospitalizado?			SI NO
FECHA DE ÚLTIMA SESIÓN: _____ / _____ / _____ Día Mes Año			¿Requiere oxígeno suplementario?			SI NO
			Mujeres ¿Está usted embarazada o lactando?			SI NO
¿En qué parte del cuerpo recibió Radioterapia? _____			¿Alergias? (MEDICAMENTOS, ALIMENTOS, RESPIRATORIAS)			SI NO
			¿Cuáles? _____			
¿Entiende y puede seguir indicaciones? _____	SI	NO	¿Presenta movimientos involuntarios? Si su respuesta es SI, paciente requerirá servicio de anestesia.			SI NO
¿Es usted zurdo? _____	SI	NO				
¿Cree usted necesitar el servicio de anestesia para el estudio?			SI	NO	Razón: _____	
<b>FAVOR DE INDICAR CIRUGIAS RECENTES:</b> (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 <b>DIABETES</b> ? : 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: _____ /						
<b>DATOS FISCALES</b>						
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 PREPARACION  
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. Despues 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@imagenologiayterapia.com](mailto:citas@imagenologiayterapia.com)

**FIRMA DE PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_