

Solicitud de PET TAC

Fecha: ___ / ___ / ____ Hora: ___ : ___

Apellido y Nombre: _____ Edad: ____

Institución: _____

(Detallar los informes de los estudios efectuados).

Paciente Internado: NO Sí. UTI: _____ CAMA: _____ PISO: _____ CAMA: _____ CONSULTORIO: _____

Paciente Ambulatorio: NO Sí.

Enfermedades

Actual _____

Medicación

actual _____

Medicación anticoagulante: NO Sí.

ECG: _____

ECOCARDIOGRAMA: _____

Angiografía Coronaria: NO Sí.

Localización: _____

Insuficiencia Cardíaca: NO Sí.

Doppler Carotídeo: NO Sí.
Sí. Descripción: _____

Angiografía Cerebral: _____

TAC Cerebro: NO Sí.

RNM: NO Sí. Descripción: _____

Tumor: NO Sí. Localización, histología, tipo: _____

Metástasis: NO Sí.
Localización, histología: _____

Tratamiento Quimioterápico: NO Sí.
(drogas, dosis, cantidad de ciclos):

Tratamiento Radioterapia: NO Sí.

Angioresonancia: NO Sí.
Descripción:

TAC Pulmonar: NO Sí.
Descripción:

Pruebas de función pulmonar: _____

TAC Abdominal: NO Sí.
Descripción: _____

Fecha y lugar de realización: _____ Médico tratante: _____ .