

Formulario para examen de tomografía computarizada (CT) para pacientes - Parte A

Algunos factores como el peso, la complexión del paciente y el tipo de examen pueden determinar si se puede realizar el examen.

Ficha técnica del paciente o número de acceso

Paciente: Complete toda la información que se solicita en esta sección de casillas.

Nombre del paciente (apellido, nombre): _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección del paciente: _____ Fecha del examen: _____

Ciudad, estado, C.P.: _____ Peso declarado del paciente: _____ lbs/kgs Altura: _____

Enumere las cirugías anteriores y sus fechas: _____

HISTORIAL DEL PACIENTE

- ** Embarazada..... Si No
- * Antecedentes personales de diabetes..... Si No
- * Alergia al tinte intravenoso o al látex..... Si No
- * Está amamantando..... Si No
- * Mieloma múltiple..... Si No
- * Anemia de células falciformes..... Si No
- * Marcapasos..... Si No
- * Bomba de infusión..... Si No
- * Neuroestimulador..... Si No
- * Dispositivos médicos externos o implantados Si No

Asma/enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)/enfisema..... Si No

Antecedentes de presión arterial alta..... Si No

Si la respuesta es afirmativa, ¿está controlada con medicamentos?..... Si No

Ritmo cardíaco irregular..... Si No

Antecedentes de diarrea reciente en los últimos 2 a 3 días..... Si No

Antecedentes de caídas durante los últimos 30 días..... Si No

¿Algún otro estudio con imágenes relacionado con el motivo del examen de hoy?..... Si No

Tipo de examen _____ Centro _____ Fecha _____

Entiendo los riesgos de realizarme una radiografía durante el embarazo. No creo estar embarazada. Inicial: _____ Fecha: _____

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____ **Hora:** _____

(Padre, madre o tutor si el paciente es menor de edad o está incapacitado)

Parentesco: _____

Antecedentes de cáncer..... Si No

Indique qué tipo _____

Quimioterapia _____ Radiación _____

Accidente cerebrovascular previo..... Si No

Implante metálico/prótesis..... Si No

Dispositivos ortopédicos..... Si No

Grapas quirúrgicas..... Si No

Epilepsia (ataques)..... Si No

Poco cooperativo o desorientado..... Si No

Claustrofobia..... Si No

No puede mantenerse quieto..... Si No

Dificultad para tragar..... Si No

Prótesis dentales removibles..... Si No

Aparatos de ortodoncia..... Si No

Si la respuesta es afirmativa, especifique la fecha de la caída más reciente: _____

Es posible que para los elementos marcados con un asterisco (*) se requiera un mayor análisis por parte del técnico y radiólogo.
(**) Si está embarazada, es necesario que firme un consentimiento informado. Documentar cualquier aprobación verbal en la Parte B.

N.º de expediente médico/N.º de acceso: _____ Nombre del centro: _____

Examen solicitado: CT de: _____ Médico que remite/Especialidad: _____

Diagnóstico: _____

Índice de dosis en tomografía computarizada (CTDI) _____ mGy

Producto dosis-longitud (DLP) _____ mGy-cm

Razones del examen/síntomas clínicos: _____

He revisado esta información con el paciente o su tutor legal, apoderado legal, pariente, etc. y he llevado a cabo una pausa clínica.

Firma del técnico: _____ Fecha: _____

CT Patient Screening Form - Part B

Patient Label or Accession Number

Patient Name (Last, First): _____

Date of Birth: Date: _____

Did the patient receive an IV injection? Yes No If yes, attachment A054 must be completed and signed.



Clinical pauses conducted prior to exam **AND** prior to image transfer.

Tech Initials _____

Patient's preferred language for discussing healthcare:

English Spanish Other _____

Is the patient allergic to any medications, seafood, shellfish, or latex?

Yes No If Yes, please list:

1 _____ 3 _____

2 _____ 4 _____

Oral Contrast Name _____
Amount _____ mL
Lot # _____
Exp. Date _____
Administered By: _____
Title: _____

List any medication(s) the patient has taken today and all current medications:

(Include birth control and over the counter, ointments, herbals, vitamins, etc.)

1 _____ 6 _____

2 _____ 7 _____

3 _____ 8 _____

4 _____ 9 _____

5 _____ 10 _____

Barriers to Learning

Yes No

Type:

Intervention:

Language

Interpreter Used

Hearing

Repeat Questions

Other _____

Family/Significant Other

Patient unaware of current medications Patient not on any medications

Prior to release, patient was assessed and found impaired? Yes No If yes, supervising physician notified? Yes No

If patient refuses further assessment, notify supervising physician and Alliance personnel to follow policy #5023.

Injection site evaluated? Yes No N/A Note appearance: _____

Comments: _____

RECEIPT OF VERBAL ORDERS, TEST RESULTS, MODIFICATIONS, OR OTHER INSTRUCTIONS Yes No

Information Received: _____

Readback confirmed with _____ Title _____ Date _____ Time _____

Technologist or Radiologist Signature: _____ Date _____ Time _____

Post Injection Instructions given (applicable to all patients who receive an injection). Yes No N/A

Patient notified of rights and opportunity to "Speak up" with questions or concerns. Yes No

Handoff Report given to next provider of care. Medication list provided if applicable. Yes No N/A

If retail, Patient Rights & Responsibilities provided to the patient. Yes No N/A

Dose reduction technique utilized. Yes No If no, why? _____

Are patient reminder calls for this site made by Alliance Team Members? Yes No EMR

If yes to above and NOT documented in an EMR or Intergy, complete row below.

Team Member Name: _____ Date: _____ Time: _____

Summary: _____

Technologist Comments: _____

Team Member Signature and Title: _____

FIRMA DEL PACIENTE SOLO DESPUÉS DE FINALIZAR EL EXAMEN.

Una vez terminado el examen, no déjé ningún objeto personal en el centro. _____