



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

PETICIÓN ESTUDIO RADIOLÓGICO

Cumplimentar si no tiene etiqueta

Nº HC:	Nº SS:
APELLIDO 1:	
APELLIDO 2:	
NOMBRE:	
FECHA NAC.:	(EDAD):

Normal: ☐ Preferente: ☐ Urgente: ☐
Firmado:

Fecha solicitud: ____ / ____ / ____ Hora: ____ Fecha inclusión: ____ / ____ / ____ Centro solicitante: ____

Facultativo: ____ Nº Identificación: ____

Unidad asistencial: ____ Destino resultados: ____

EXPLORACIONES CON RADIACIONES IONIZANTES: Rx convencional

Tórax ☐ PA ☐ L ☐ Portátil ☐ D ☐ I Parrilla costal ☐ Esternón	Abdomen ☐ Supino ☐ Bipedestación ☐ Decúbito lateral
Cabeza ☐ Senos ☐ Cavum ☐ Huesos propios ☐ Mandíbula ☐ AP ☐ L Cráneo	
Columna ☐ AP ☐ L C. Total ☐ AP ☐ L C. Cervical ☐ AP ☐ L C. Dorsal ☐ AP ☐ L C. Lumbar ☐ AP ☐ L C. Sacra ☐ AX Sacroiliacas	
Miembro sup. ☐ D ☐ I ☐ AP ☐ L Hombro ☐ D ☐ I ☐ AP ☐ L Clavícula ☐ D ☐ I ☐ AP ☐ L Brazo ☐ D ☐ I ☐ AP ☐ L Codo ☐ D ☐ I ☐ AP ☐ L Antebrazo ☐ D ☐ I ☐ AP ☐ L Muñeca ☐ D ☐ I ☐ AP ☐ L Mano ☐ D ☐ I ☐ AP ☐ L Escafoides ☐ D ☐ I ☐ AP ☐ L Dedo 1 2 3 4 5	
Miembro inf. ☐ D ☐ I ☐ AP ☐ AX Cadera ☐ D ☐ I ☐ AP ☐ L Fémur ☐ D ☐ I ☐ AP ☐ L Rodilla ☐ D ☐ I ☐ AP ☐ L Tibia/Peroné ☐ D ☐ I ☐ AP ☐ L Tobillo ☐ D ☐ I ☐ AP ☐ L Pie ☐ D ☐ I ☐ AP ☐ L Dedo 1 2 3 4 5	

Otras: _____

EXPLORACIONES ESPECIALES:

☐ Esófago	☐ Gastroduodenal	☐ Int. Delgado	☐ Enema opaco
☐ Urografía IV	☐ Uretro-cistografía	☐ Histero	☐ Fistulografía
☐ Dacriocistograf.	☐ Otras: _____		

TC:

☐ Cráneo	☐ CAI	☐ Orbita	☐ Maxilo-facial	☐ Senos	☐ Cuello
☐ Tórax	☐ Tórax-TACAR	☐ Abdomen	☐ Pelvis	☐ Columna	☐ Angio TC
☐ PAAF	☐ Biopsia	☐ Otros: _____			

ECOGRAFÍA:

☐ Abdomen	☐ Ginecológica	☐ Tórax	☐ Mama	☐ Tiroides
☐ Caderas	☐ Testicular	☐ Transfontanelar	☐ Músculo-esquelét.	☐ Cuello
☐ Doppler carótidas	☐ Doppler Ext. Inf.	☐ Doppler Ext. Sup.	☐ PAAF	☐ Biopsia
☐ Otras: _____				

Tabla de equivalencias dosimétricas

	Dosis	Nº Rx	Tórax	Rad. Nat.
Tórax	0,02mSv	1		3 días
Abdomen		50		6 meses
C. Lumbar	1,5	65		7 meses
U.I.V.	2,5	125		14 meses
E.G.D.	3	150		16 meses
Enem Opaco	7	350		3,2 años
TC Cráneo	2,3	115		1 año
TC Abd. o pelvis	10	500		4,5 años

* Las indicaciones y el uso de radiaciones ionizantes con fines diagnósticos deberán cumplir lo establecido en el RD 815/2001 sobre la justificación del uso de radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas.

PLACAS:

	Usadas	Útiles
35x43	☐	☐
35x35	☐	☐
30x40	☐	☐
30x90	☐	☐
24x30	☐	☐
18x24	☐	☐
MM	☐	☐
Láser	☐	☐

TER _____

DUE _____

Información clínica que justifique* la exploración y datos clínicos relevantes:

Diagnóstico de presunción:

Tratamiento que recibe el paciente:

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA: Gestación NO ☐ SI ☐ Alergias conocidas NO ☐ SI ☐ Creatinina: _____ mg/dl Fecha: _____

PRUEBA RADIOLÓGICA	PREPARACIÓN PREVIA
ECOGRAFÍAS abdominales, pruebas especiales (Esófago, EGD, e Int. Delgado) TAC, BIOPSIAS, PAAF y PUNCIONES	AYUNAS DE 6 HORAS Y VEJIGA LLENA PARA ECOGRAFÍA
ENEMAS OPACOS, ENEMA-TAC y UROGRAFÍAS IV	DIETA SIN RESÍDUOS, LIMPIEZA INTESTINAL Y AYUNAS 1 HORA

Pruebas con contraste intravenoso, PAAF y biopsias tienen que acompañar consentimiento informado y hoja informativa.

Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería
Avda. Dra. Ana Parra, s/n • 04600 HUÉRCAL-OVERA (Almería)
Tel.: 950 02 9000