Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR
Hospital Virgen de las Nieves

SOLICITUD DE PET-TAC

TOMOGRAFÍA POR EMISION DE POSITRONES Y TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA

(POR FAVOR, CUMPLIMENTAR TODOS LOS DATOS)

APELLIDOS: _____ NOMBRE : _____ F.NAC : _____
DOMICILIO: _____ POBLACIÓN : _____
TELEFONO: _____
D.N.I.: _____ Nº S.SOCIAL: _____ SEXO: H ☐ M ☐

CENTRO PETICIONARIO: _____ SERVICIO: _____
MÉDICO: _____ C. EXTERNA: _____ HABITACIÓN : _____
TELEFONO (del médico): _____ E-MAIL: _____

DATOS CLÍNICOS
1º VEZ ☐ REVISIÓN ☐ PESO ☐ TALLA _____ DIABETES: SI ☐ NO ☐
CIRUGIA: SI ☐ NO ☐ FECHA: _____
(IMPORTANTE: SI ES POSIBLE MANDAR IMÁGENES DE TAC Y/O RMN CON EL PACIENTE. SE LES DEVUELVE SIEMPRE)
QT: SI ☐ NO ☐ (FECHA ÚLTIMO CICLO) _____ RT: SI ☐ NO ☐ (FECHA ÚLTIMA) _____
ALERGIAS MEDICAMENTOS: _____

A.P. DE INTERÉS:
SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL:

FDO: _____
FECHA : _____

PREPARACIÓN:

- AYUNO LAS 6 HORAS PREVIAS A LA EXPLORACIÓN
- BEBER 1,5 L DE AGUA. ORINAR SIEMPRE QUE TENGA GANAS. PUEDE TOMAR SU MEDICACIÓN HABITUAL CON AGUA, EXCEPTO LA DE LA DIABETES, CONSULTENOS EN ESE CASO
- NO REALIZAR EJERCICIO FÍSICO IMPORTANTE NI CONDUCIR DESDE EL DIA ANTERIOR A LA PRUEBA
- NO VENGA ACOMPAÑADO DE MUJERES EMBARAZADAS NI MENORES DE 15 AÑOS. TRAS LA EXPLORACIÓN PROCURE MANTENERLES UNA DISTANCIA APROXIMADA DE UNOS DOS METROS DURANTE LAS 24 HORAS SIGUIENTES

PUEDE CONTACTAR CON NOSOTROS EN EL TELÉFONO: 958-020110

Hospital Universitario Virgen de las Nieves
Avda.Fuerzas Armadas 2. 18014 – Granada
Tel: 958020000 Fax: 958020132