

## ENCUESTA PET / CT

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

1. ¿Qué enfermedad o diagnóstico tiene Ud.? (Sólo el relacionado con el examen)

\_\_\_\_\_

2. ¿Por qué motivo su médico le solicitó el examen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. ¿Se ha realizado PET CT antes? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_

4. ¿Se ha realizado biopsia? SI \_\_\_\_ / NO \_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

5. ¿Ha recibido tratamientos para esta enfermedad? SI \_\_\_\_ / NO \_\_\_\_

**Quimioterapia: SI \_\_\_\_ / NO \_\_\_\_**

Nº ciclos: \_\_\_\_

Fecha último ciclo: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Radioterapia: SI \_\_\_\_ / NO \_\_\_\_**

Nº ciclos: \_\_\_\_

Fecha último ciclo: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

6. ¿Terminó el tratamiento? SI \_\_\_\_ / NO \_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Si respuesta es negativa: ¿Cuántos ciclos le queda? \_\_\_\_\_

7. ¿Ha tenido fracturas, traumatismos o caídas en el último mes? Sí \_\_\_\_ / No \_\_\_\_

Fecha y descripción: \_\_\_\_\_

8. ¿Ha tenido infecciones en el último mes? SI \_\_\_\_ / NO \_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Descripción: \_\_\_\_\_

9. ¿Se ha sometido a alguna cirugía? SI \_\_\_\_ / NO \_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Descripción: \_\_\_\_\_

10. ¿Existe posibilidad de embarazo? SI \_\_\_\_ / NO \_\_\_\_ Fecha ultima regla: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(Encaso de duda le sugerimos realizar un test de embarazo e informarnos el resultado)

11. ¿Usa medicamentos? SI \_\_\_\_ / NO \_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o representante**