



HOUSTON DIAGNOSTICS  
AND PET/CT CENTER  
1220 Blalock, Suite 100, Houston, Texas 77055

Nombre: \_\_\_\_\_ MR#: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Medico: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha del primer dia de la ultima menstruacion: \_\_\_\_\_

## QUESTIONARIO PARA PET SCAN

Peso \_\_\_\_\_

Nivel de azucar en la sangre mg/dl: 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

1. Esta usted en ayunas? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

2. Haga una lista de las cirugias que ha tenido \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Donde tiene usted las incisiones de las cirugias?

4. Ha tenido usted alguna biopsia ultimamente? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si contesto si, mencione la fecha \_\_\_\_\_

5. Ha tenido usted quimioterapia? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si contesto si, mencione la fecha \_\_\_\_\_

6. Ha tenido usted terapia de radiacion? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si contesto si, mencione la fecha \_\_\_\_\_

7. Tiene usted puesto algun cateter? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si contesto si, en que parte del cuerpo? \_\_\_\_\_

8. Tiene usted algun objeto de metal o alguna protesis?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

9. Tiene usted un marcapasos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

10. Ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades?

Inflamacion Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Que parte de su cuerpo? \_\_\_\_\_

Infeccion (garganta, vejiga, etc.) Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cuando? \_\_\_\_\_

11. Ha tenido usted resultados positivos en alguna de las siguientes enfermedades?

Tuberculosis Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Artritis reumatoide Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

12. Ha tenido algun estudio previo como Bone , Pet, or Cat Scan? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si ha tenido alguno de estos estudios, Donde? \_\_\_\_\_

Estan los reportes de estos estudios disponibles? \_\_\_\_\_



HOUSTON DIAGNOSTICS  
AND PET/CT CENTER

1220 Blalock, Suite 100, Houston, Texas 77055

Nombre: \_\_\_\_\_ MR#: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO CLÍNICO INFORMADO PARA LA EVALUACIÓN DEL METABOLISMO DE LA GLUCOSA POR MEDIO DE TEP (TOMOGRAFÍA DE EMISIÓN DE POSITRONES)**

Este es un procedimiento en el cual se tomarán fotografías de mi cuerpo después de que se me haya administrado un análogo radiactivo de glucosa, fluorina-18 fluorodeoxiglucosa (FDG). La glucosa es un azúcar natural utilizado por el cuerpo como fuente de energía. Las imágenes mostrarán ese patrón de metabolismo de la glucosa (uso del azúcar) en un órgano específico de mi cuerpo. El doctor que me trata ha recomendado que tome esta prueba porque es posible que sufra un trastorno de una zona específica de mi cuerpo que está alterando el metabolismo de la glucosa.

Se utilizará un escáner de Tomografía de Emisión de Positrones (TEP), el cual grabará imágenes de mi cuerpo. Se trata de un aparato para detectar cantidades muy pequeñas de radiación y convertir los datos en fotografías de partes seccionadas del cuerpo. El escáner tiene el aspecto de una caja y tiene una abertura circular en el centro, en la cual estaré acostado. La prueba normalmente toma unas dos horas para completarse. No hay un método de imágenes alternativo al TEP que pueda proporcionar la misma información.

Se me inyectará en el cuerpo una pequeña cantidad de FDG por vía intravenosa mediante catéter o aguja colocada en una vena del brazo. La Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos (FDA) ha determinado que este compuesto es seguro y lo ha aprobado para ciertos procedimientos. Los centros TEP en todo el país realizan miles de procedimientos con este compuesto y no ha habido efectos adversos en sujetos que se hayan sometido a ellos.

La dosis de radiación que se me administrará será similar a la que corresponde a un examen de rayos X de tórax y abdomen. La dosis para la pelvis será comparable a la dosis de pruebas TAC en esa zona. Se me ha explicado que la mitad de la radiactividad desaparecerá en 2 horas y su totalidad en 12 horas.

PARA MUJERES EN EDAD DE TENER HIJOS: Dosis de radiactividad hasta 20 veces mayores que las que se me administrarán no han producido anomalías fetales detectables en niños nonatos. No obstante, los médicos que llevan a cabo la prueba que voy a tomar desearían minimizar cualquier posibilidad de exposición de un feto (niño nonato) aún con estos niveles de radiactividad bajos. Por consiguiente, al firmar este consentimiento certifico que no tengo constancia de estar embarazada y que desde mi último periodo menstrual, he utilizado un método aceptable y efectivo de contracepción (control de la natalidad) o no he tenido relaciones sexuales.

AL FIRMAR ABAJO, COMPRENDO QUE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS CONLLEVAN INCOMODIDADES ASÍ COMO RIESGOS. HE TENIDO SUFICIENTE OPORTUNIDAD DE HABLAR CON MI MÉDICO SOBRE EL PROCEDIMIENTO PROPUESTO Y LOS RIESGOS, Y SE HA PROPORCIONADO UNA RESPUESTA SATISFACTORIA A TODAS MIS PREGUNTAS.

Reconozco, al firmar, que comprendo la información anterior y que soy libre y actúo con pleno juicio al dar mi consentimiento para llevar este procedimiento de escaneado TEP. También afirmo que he cumplido con las instrucciones que se me han dado y que no he tomado alimentos durante al menos 4 horas antes de someterme al procedimiento TEP programado.

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal/paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo



HOUSTON DIAGNOSTICS  
AND PET/CT CENTER  
1220 Blalock, Suite 100, Houston, Texas 77055

## Preparación del paciente para un PET / CT

El paciente debe llegar por menos 45 minutos antes de la hora programada para completar el registro. Debido a la sensibilidad de tiempo del medicamento radionúclido que usted recibirá.

- 24 horas antes del examen, el paciente puede tener una dieta baja en carbohidratos y dieta baja en azúcar.
- **NPO**-nada por la boca después de la medianoche con la **excepción de agua**.
- **Excepción:** si el paciente está tomando medicamentos se pueden tomar el medicamento con agua solamente
- **Excepción:** si el paciente es el **tipo 1 diabético** y dependiente en la insulina y que tiene que comer, pueden tomar su insulina con una comida ligera (huevos al gusto, tocino, salchichas y agua) 6 horas antes de llegar. Si el paciente es diabético tipo 2 en la medicación oral, que todavía deben ser **NPO** durante 6 horas como mínimo.
- Los pacientes **diabéticos** deben estar seguros de que su **nivel de azúcar** en la sangre está por **debajo de 200 mg**.
- Use ropa cómoda para la ocasión, no use joyas o accesorios de medallas.
- **Evite** el ejercicio vigoroso en el día del examen.
- Si recetados por un médico, el paciente puede tomar sedantes orales.
- No fumar, la cafeína, la nicotina o el alcohol **12 horas** antes del examen.
- Hora del examen: 2-2.5 horas.