

Solicitud de Tomografía Computada

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

FN:

EDAD:

PESO:

DOMICILIO:

O. SOCIAL:

Si el paciente es diabético, que medicación recibe:

ASMA: SI NO

ALERGIAS: SI NO

Si el estudio a realizar es con inyección endovenosa de contraste yodado, el paciente o familiar debe firmar la siguiente conformidad:

Declaro conocer la posibilidad de efector adversos a la inyección endovenosa de contraste yodado, no obstante autorizo su aplicación.

FIRMA

ACLARACIÓN

DNI

ESTUDIO SOLICITADO:

Resumen de historia clínica y patología sospechada:

FIRMA Y SELLO DE MEDICO SOLICITANTE:

SALA O SERVICIO:

**Traer estudios previos de Imágenes y formulario F5 completado correctamente.
Si el peso del paciente es superior a los 100 kg, por favor comunicarse con el Servicio.**

PREPARACION PARA EL ESTUDIO (sólo si el estudio es con contraste):

- TRAER UN CD.
- **CONCURRIR CON 8 HS DE AYUNO.**
- **TOMAR UN COMPRIMIDO DE BENADRYL CADA 8 HS (COMENZANDO 24 HS ANTES DEL ESTUDIO).**
- SI EL ESTUDIO ES DE ABDOMEN, TRAER UNA BOTELLA CON 1 LT DE AGUA **(NO TOMAR)**.
- SI EL PACIENTE ES **ASMÁTICO O ALÉRGICO**, SE DEBERA **APLICAR UN CORTICOIDE 24 HS ANTES DEL ESTUDIO** (POR EJEMPLO: CELESTONE CRONODOSE, DUODECADRON O CORTICOID RETARD).

NOTA: SI EL PACIENTE TOMA METFORMINA, SUSPENDERLA 24 HS ANTES DEL ESTUDIO. LUEGO DE LA TOMOGRAFIA CONTINUAR TOMANDOLA NORMALMENTE.