

SOLICITUD TC y RM - SERVICIO DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES - HOSPITAL SAN LUIS



R.P.D.
C.E.D. PROV. N° 141.420.000.000

PACIENTE

Apellido y Nombres:

DNI:

Edad:

Teléfono:

Domicilio:

PROCEDENCIA HOSPITAL

☐ C. Periférico

☐ Hospital Provincial

☐ Otro:

TRANSPORTE DEL ENFERMO

☐ Medios propios

☐ Silla de ruedas

☐ Cama

☐ Ambulancia

☐ Oxígeno

☐ Otro:

RESUMEN CLINICO ENFERMEDAD ACTUAL (HALLAZGO POSITIVO)

EXAMENES DE IMÁGENES PREVIAS REALIZADOS (HALLAZGO POSITIVO)

SOSPECHA DIAGNÓSTICA

EXPLORACIÓN SOLICITADA

☒ RM

☐ TC

Especifique Estudio:

☒ Sin Contraste

☐ Con Contraste Oral

☐ Con Contraste Endovenoso

CARÁCTER DE LA PETICIÓN

☐ Normal (hasta 30 días)

☐ Preferente (de 7 a 15 días)

☐ Urgente (de 1 a 3 días)

Fundamente:

ANTECEDENTES DEL PACIENTE PARA ESTUDIO (TILDE EN CASO POSITIVO Y ESPECIFIQUE)

☐ Posee enfermedad o antecedentes de insuficiencia renal

☐ Posee antecedentes de reacciones alérgicas: ☐ Drogas

☐ Material Contraste

Otros:

☐ Posee enfermedad tipo asma

☐ Posee enfermedad cardíaca o coronaria

☐ Posee enfermedad tiroidea

☐ Posee otras enfermedades. Especifique:

☐ Posee sospecha de embarazo

Observaciones:

COMPLETAR SOLO PARA RM:

Posee alguno de los siguientes objetos:

Marcapaso cardíaco	Prótesis	Clips cerebrales
Ortodoncia	Implantes Ortopédicos	Bomba de insulina

Si posee Prótesis, indique la parte del cuerpo y tiempo desde que la tiene:

☐ Sufre de claustrofobia

☐ Posee Cirugías. Especifique:

ALÓN DE RECÉPCIÓN SERVICIO

Fecha:

Licenciado:

Firma: