

FICHA SOLICITUD PET - CT

DATOS DEL AFILIADO

FECHA:/...../.....

APELLIDO Y NOMBRE:.....Edad:.....años

Tipo y N° Documento.....N° Afiliado.....Sexo: M..... F.....

MEDICO SOLICITANTE: **MP:**

Diagnóstico: (precisar histología)

Nódulo Pulmonar Solitario	Cáncer de Testículo	Tumor Neuroendócrino	
Cáncer de Pulmón No PC	Cáncer de Ovario	Epilepsia Refractaria	
Cáncer de mama	Cáncer de Cuello Uterino	Síndrome Febril Prolongado	
Linfoma Hodgkin	Cáncer de Esófago	Melanoma	
Linfoma No Hodgkin	Cáncer Gástrico	Melanoma no cutáneo	
Mieloma Múltiple	Cáncer de Páncreas	Cáncer de Cabeza y Cuello	
Cáncer diferenciado de Tiroides	Tumor del estroma gastrointestinal GIST	Glioma	
Cáncer metastásico de Primitivo desconocido	Sarcoma de partes blandas	Osteosarcoma	
Cáncer Colo-rectal	Sarcoma de Ewing	Otro.	

ESTADIFICACIÓN:	0	I	II	III	IV
	A	B	C		
	1	2	Bulky		

DATOS CLINICOS:

Peso: Kg Talla: m ECOG/PS:

Antecedentes Personales			
Cardiopatía Isquémica	Insuficiencia Renal Crónica	EPOC	
Insuficiencia Cardíaca Congestiva	Epilepsia Refractaria	Desnutrición	
Diabetes tratada con HGO	Diabetes tratada con Insulina	Tabaquismo	
HTA	Demencia	Obesidad	
Otro cáncer además del motivo del estudio			

ESTUDIOS REALIZADOS:

TAC TORAX: NO..... SI..... Fecha: / /

Biopsia: NO..... SI..... Fecha: / /

Normal

Confirma diagnóstico

Proceso expansivo intratorácico

No concluyente

No concluyente

No es posible

TAC ABD Y PELV: NO..... SI..... Fecha: / / **Resumen:**

Normal

Proceso expansivo abd-pélvico **Centellograma óseo:** NO..... SI..... Fecha: / /

No concluyente normal

Patológico

TAC CRÁNEO: NO..... SI..... Fecha: / / **Marcadores tumorales:** NO..... SI..... Fecha: / /

Normal CEA Patológico..... Normal.....

Proceso expansivo intracraneano CA 19-9 Patológico..... Normal.....

No concluyente CA 15-3 Patológico..... Normal.....

EEG: NO..... SI..... Fecha: / / **Otro** Patológico..... Normal.....

Cuál.....

TRATAMIENTOS REALIZADOS:

CIRUGIAS: NO SI..... FECHA:/...../.....

QUIMIOTERAPIA: NO..... SI..... FECHA: / / (última dosis)

RADIOTERAPIA: NOSI..... FECHA: / / (última sesión)

CONDUCTA PROPUESTA:

Cirugía de lesión primitiva Poliquimioterapia Otra

Cirugía de metástasis Radioterapia

MOTIVO DEL ESTUDIO:

Diagnóstico diferencial benigno/maligno Evaluación de respuesta al tratamiento

Estadificación inicial Diagnóstico de naturaleza de masa residual post Qtx

Tumor de origen desconocido..... Diagnóstico diferencial recidiva/radionecrosis.....

Reestadificación..... Localización de foco epileptógeno.....

Origen del Síndrome febril prolongado o bacteriemia.....

.....

FIRMA Y SELLO MED. TRATANTE

NOTA: A esta Ficha deberá adjuntarse:

- **Pedido médico con sello y firma del solicitante**
- **Copia de exámenes complementarios: Anatomía Patológica (biopsia), TAC/RMN/PET-SCAN anterior, etc.**
- **ACLARACIÓN: PET/SCAN, es una opción de evaluación, será autorizada no con carácter estándar para reestadificar, salvo excepción médica que lo justifique.**