

PET/CT ORDER FORM



MT BAKER PET/CT

2930 Squaticum Parkway, Suite 201
Bellingham, WA 98225

Scheduling: (360) 647-2422
Fax: (360) 255-2263

Your PET/CT study is scheduled for:

Date: _____ Time: _____

| | | | | |
|--------------------------|---------------------------|--------------------|--------------------|---------------------------------|
| [1.] Patient Name | [2.] Date of Birth | [3.] Height | [4.] Weight | [5.] Patient Telephone # |
|--------------------------|---------------------------|--------------------|--------------------|---------------------------------|

| | | |
|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| [6.] Referring Physician | [7.] Referring Office | [8.] Physician Telephone # |
|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|

| | |
|---|--|
| <p style="text-align: center;">Please fax copy of patient's insurance card or authorization with this order.</p> | <p>[9.] Primary Insurance:</p> <p>Secondary Insurance:</p> |
|---|--|

[10.] Prescreening Questionnaire:

| | | |
|---|--|--|
| Pregnant: Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Diabetes: Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Time of Blood Draw _____ Blood Sugar Level _____ | Previous CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET <input type="checkbox"/> Pathology: Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Radiation Therapy: Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | <p style="text-align: center;">PRIOR STUDIES/TREATMENT</p> Where: _____ When: _____ Where: _____ When: _____ Physician: _____ When: _____ |
|---|--|--|

[11.] INDICATIONS For Medicare patients: Diagnosis and Initial Staging will be covered under Initial Treatment Strategy. Restaging and Monitoring Response to Therapy will be covered under Subsequent Treatment Strategy.

| | | |
|---|---|---|
| <p>Bladder</p> <input type="checkbox"/> Diagnosis <input type="checkbox"/> Staging (prior to treatment) <p>Brain</p> <input type="checkbox"/> Diagnosis <input type="checkbox"/> Staging (prior to treatment) <input type="checkbox"/> Monitoring response to therapy <p>Breast Cancer Female and Male</p> <input type="checkbox"/> Staging for metastasis <input type="checkbox"/> Re-Staging for metastasis <input type="checkbox"/> Monitoring response to therapy <p>Cervical Cancer*</p> <input type="checkbox"/> Staging <input type="checkbox"/> Extra Pelvic Mets <input type="checkbox"/> Monitoring response to therapy <small>*PET is non-covered for "diagnosis" of cervical cancer. However, PET is covered for initial staging of cervical cancer and subsequent treatment strategy.</small> <p>Colorectal Cancer</p> <input type="checkbox"/> Diagnosis <input type="checkbox"/> Staging (prior to treatment) <input type="checkbox"/> Re-Staging (post treatment) <input type="checkbox"/> Monitoring response to therapy <p>Esophageal Cancer</p> <input type="checkbox"/> Diagnosis <input type="checkbox"/> Staging (prior to treatment) <input type="checkbox"/> Re-Staging (post treatment) <input type="checkbox"/> Monitoring response to therapy <p>Head & Neck Cancer (except CNS & Thyroid)</p> <input type="checkbox"/> Diagnosis <input type="checkbox"/> Staging (prior to treatment) <input type="checkbox"/> Re-Staging (post treatment) <input type="checkbox"/> Monitoring response to therapy | <p>Lung Cancer – NSCLC</p> <input type="checkbox"/> Diagnosis <input type="checkbox"/> Staging (prior to treatment) <input type="checkbox"/> Re-Staging (post treatment) <input type="checkbox"/> Monitoring response to therapy <p>Lung, small cell</p> <input type="checkbox"/> Diagnosis <input type="checkbox"/> Staging (prior to treatment) <p>Lymphoma</p> <input type="checkbox"/> Diagnosis <input type="checkbox"/> Staging (prior to treatment) <input type="checkbox"/> Re-Staging (post treatment) <input type="checkbox"/> Monitoring response to therapy <p>Melanoma</p> <input type="checkbox"/> Diagnosis <input type="checkbox"/> Staging (prior to treatment) <input type="checkbox"/> Re-Staging (post treatment) <input type="checkbox"/> Monitoring response to therapy <p>Myeloma</p> <input type="checkbox"/> Diagnosis <input type="checkbox"/> Staging (prior to treatment) <input type="checkbox"/> Re-Staging (post treatment) <input type="checkbox"/> Monitoring response to therapy <p>Ovary</p> <input type="checkbox"/> Diagnosis <input type="checkbox"/> Staging (prior to treatment) <input type="checkbox"/> Re-Staging (post treatment) <input type="checkbox"/> Monitoring response to therapy | <p>Pancreas</p> <input type="checkbox"/> Diagnosis <input type="checkbox"/> Staging (prior to treatment) <p>Soft Tissue Sarcoma</p> <input type="checkbox"/> Diagnosis <input type="checkbox"/> Staging (prior to treatment) <input type="checkbox"/> Monitoring response to therapy <p>Solitary Pulmonary Nodule</p> <input type="checkbox"/> SPN ≤ 4 cm (May be repeated after 90 days if previous PET study was negative. MUST be a "single" nodule) <p>Stomach</p> <input type="checkbox"/> Diagnosis <input type="checkbox"/> Staging (prior to treatment) <p>Testicular</p> <input type="checkbox"/> Diagnosis <input type="checkbox"/> Staging (prior to treatment) <input type="checkbox"/> Monitoring response to therapy <p>Thyroid</p> <input type="checkbox"/> Diagnosis <input type="checkbox"/> Staging (prior to treatment) <p>Thyroid – Post Ablation</p> <input type="checkbox"/> Re-Staging (post treatment) <p>All other solid tumors</p> <input type="checkbox"/> Diagnosis <input type="checkbox"/> Staging (prior to treatment) <input type="checkbox"/> Monitoring response to therapy |
|---|---|---|

[12.] Other PETCT Indications, NOPR, Neurology and Cardiology Applications, or Special Instructions

| | |
|---|--------------------------------------|
| [13.] Clinical History: | Current Diagnosis/ICD10 Code: |
| <i>Primary question to be answered?</i> | |

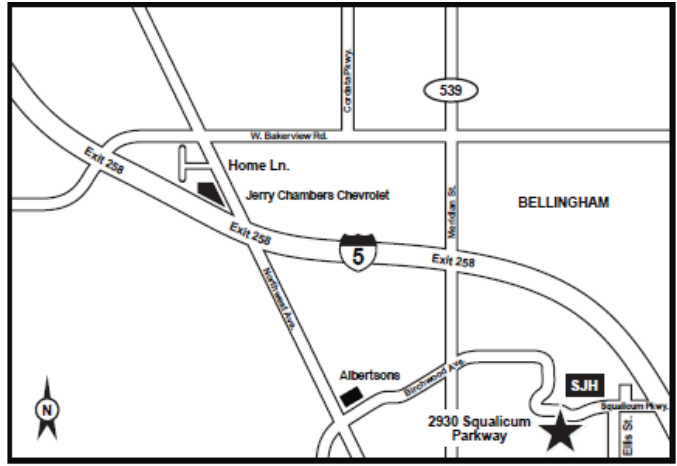
| | | |
|---|-------------------------|-------------------|
| [14.] Physician's or Nurse Practitioner's Signature Only | [15.] UPIN#/NPI# | [16.] Date |
|---|-------------------------|-------------------|

Please retain a copy of this form in the patient's medical record.

LOCATION MAP



PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA PET / CT
 Para obtener mejores resultados con su PET / CT, siga estas instrucciones. Si tiene alguna pregunta sobre el escaneo o su cita, llámenos al (360) 733-0430.



Instrucciones y Requisitos para todos los pacientes

- Ningún alimento o bebida (que no sea agua) durante 6 horas antes de escanear (incluyendo goma de mascar, mentas para el aliento, pastillas para la tos, caramelos o cualquier cosa que pueda contener azúcar).
- Puede beber SOLO agua hasta el momento de su análisis. Debe ser liso, agua sin sabor, no té o café. Cualquier otra cosa que no sea agua pura podría alterar los resultados de su escaneo.
- Se recomienda encarecidamente que siga una dieta alta en proteínas y baja en carbohidratos durante las 24 horas previas a la prueba para aumentar la calidad de sus imágenes de PET / TC.
- No realice ejercicios vigorosos 24 horas antes de su exploración.
- Tome los medicamentos según lo programado antes de su exploración, siempre que sean tolerados en cualquier estómago vacío.
- Use ropa abrigada y holgada; La sala de exploración tiende a ser bastante fresca. NO se le pedirá que se quite la ropa antes de la exploración.
- Evite usar cualquier metal que no pueda quitarse durante el escaneo (incluso debajo del sujetador de alambre, joyas y horquillas / clips para el cabello).
- Permita 2 horas para su cita. Para el escaneo en sí, debe ser capaz de permanecer quieto y mayormente plano durante unos 30 minutos.
- Si necesita medicamentos para el dolor o la ansiedad, lleve a su examen los medicamentos recetados por su médico

Instrucciones adicionales para pacientes diabéticos

- Los diabéticos que toman medicamentos ORALES deben esperar hasta que se complete el examen para tomarlos.
- Los diabéticos subcutáneos dependientes de insulina deben recibir su última inyección 2 horas antes del examen.

Dieta sugerida el día antes de su PET / CT

Siga esta dieta alta en proteínas / baja en carbohidratos. (Recuerde: no ingiera alimentos durante 6 horas antes de su exploración). Si usted es vegetariano, puede reemplazar las porciones de carne sugeridas con sustitutos de carne con alto contenido de proteínas / carbohidratos.

| Desayuno | Almuerzo | Cena |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 2 huevos, cualquier estilo • Bacon, salchicha o sustituto de carne • Sin jugo • Sin tostadas • No papas | <p>Entrantes (elija uno)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8 oz. bistec a la parrilla • 8 oz. filete de salmon • Media gallina, horneado or asado <p>Artículos laterals (elija uno)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espárragos, a la parrilla o al vapor • Brócoli, a la parrilla o al vapor • Champiñones, salteados • Cualquier ensalada de vegetales verdes | <p>Entrantes (elija uno)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8 oz. bistec a la parrilla • 8 oz. filete de salmon • Media gallina, horneado or asado <p>Artículos laterals (elija uno)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espárragos, a la parrilla o al vapor • Brócoli, a la parrilla o al vapor • Champiñones, salteados • Cualquier ensalada de vegetales verdes |

ALIMENTOS A EVITAR: azúcar refinada, todas las frutas, pasas, remolachas, zanahorias, maíz, frijoles, guisantes, ñame, cereales, tortas de arroz, todo el pan, muffins, tortillas, papas, pretzels, Patatas fritas, arroz, granola, avena, pasta, todos los refrescos, todos los jugos de frutas.