

### PATIENT INFORMATION

<u>[1] Patient Name</u>	<u>[2] Date of Birth</u>	<u>[3] Height</u>	<u>[4] Weight</u>
<u>[5] Patient Address</u>	<u>[6] Patient Telephone #</u>	<u>[7] Patient Mobile #</u>	
<u>[8] Referring Provider</u>	<u>[9] Provider Telephone #</u>	<u>[10] Provider Fax#</u>	

### [11] SIGNS AND SYMPTOMS (REQUIRED)

Type of cancer  Histologically Proven  Suspected

**Please check Radiopharmaceutical**

FDG  DETECTNET

AXUMIN  PYLARIFY

CERIANNA

CPT Codes  
If provided a specific CPT code, please provide.

### INSURANCE INFORMATION

[12] Primary Insurance [13] Subscribers Insurance ID #

Secondary Insurance Insurance Prior Authorization #

### CMS/APPROPRIATE USE CRITERIA (FOR MEDICARE PART B PATIENTS ONLY)

NPI# Name of CDSM Consulted (software used) **Determination Result (check one):**

1) Adheres to  2) Does Not Adhere to  3) Not Applicable

### [14] (Check ONE and fill out corresponding section completely)

#### Initial Treatment Strategy

**Diagnosis:** Abnormal finding of \_\_\_\_\_  
Based on \_\_\_\_\_

**Check one**

To determine whether the patient is a candidate for an invasive diagnosis or therapeutic procedure;

To determine the optimal anatomic location for an invasive procedure; or

To determine the anatomic extent of the tumor when the treatment recommendations depend on the extent,

**Initial Staging:** of confirmed newly diagnosed cancer

**Check one**

To determine whether the patient is a candidate for an invasive diagnosis or therapeutic procedure;

To determine the optimal anatomic location for an invasive procedure; or

To determine the anatomic extent of the tumor when the treatment recommendations depend on the extent.

**Other** (e.g., Alzheimer's Disease). Please list reason for scan here:  
\_\_\_\_\_

#### Subsequent Treatment Strategy

**Restaging:** (after the completion of treatment)

**Check one**

Status post the completion of treatment for the purpose of detecting residual disease  
Last date of treatment: \_\_\_\_\_  
Type of treatment: \_\_\_\_\_

Detecting suspected recurrence, or metastasis of previously treated cancer:  
Site of suspected recurrence / metastasis: \_\_\_\_\_  
Based on: \_\_\_\_\_

Determine the extent of a known recurrence.  
Confirmed by: \_\_\_\_\_

PET/CT is being used to potentially replace one or more imaging studies that (1) is being utilized to determine extent of known recurrence of (2) provided insufficient information for the clinical management of the patient.

**Monitoring Tumor Response:** During Treatment

**Check one**

Chemotherapy  Radiotherapy  Other (specify): \_\_\_\_\_

### [15] PRESCREENING QUESTIONNAIRE

Pregnant: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<b>Prior Studies/Treatment</b>	Where: _____	When: _____
Diabetes: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Previous: <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET/CT	Where: _____	When: _____
	Pathology: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Provider: _____	When: _____
	Radiation Therapy: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Provider: _____	When: _____
	Chemotherapy: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Provider: _____	When: _____

[16] **Authorized Treating Provider's Signature:** (Stamps Not Accepted)

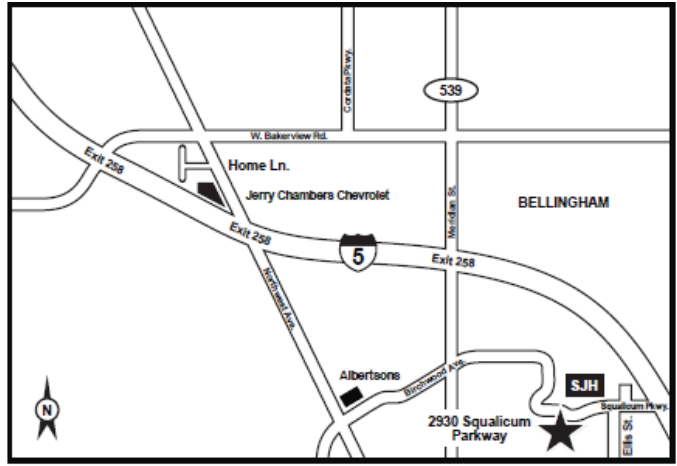
[17] **NPI #**

[18] **Date**

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 (866) 533-4296.



**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**

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

**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.