



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

GERENCIA ÁREA SANITARIA IV
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

PETICION DE EXAMEN RADIODIAGNOSTICO

☐ CG

☐ HGA

☐ INS

☐ CMI

DATOS DEL PACIENTE

Estudio: ☐ Diagnóstico
☐ Control

Fecha: ___/___/___ Situación: _____

Traslado:

Ritmo:

☐ Caminando

☐ Ordinario

☐ Silla

☐ Preferente

☐ Cama

☐ Urgente

☐ Portátil

☐ Incubadora

Servicio: _____

Médico Responsable: _____

Estudio Solicitado: _____

☐ INFORMADA UNIDAD

☐ COMPROBADA IDENTIDAD

IMP. 1076

Información Clínica: _____

Justificación urgencia / preferencia:

Estudios previos:

Alergias conocidas:

Gestante: Si ☐ ; No ☐

Firma: _____

Tabla de equivalencias dosimétricas

	Dosis	Nº Rx Tórax	Rad. Nat
Tórax	0,002	1	3 días
Abdomen	1 mSv	50	6 meses
C. Lumbar	1,3	65	7 meses
U.I.V.	2,5	125	14 meses
E.G.D.	3	150	16 meses
Enema O.	7	350	3,2 años
TC Craneo	2,3	115	1 año
TC Tórax	8	400	3,6 años
TC Abdomen	10	500	4,5 años

Las indicaciones y el uso de radiaciones ionizantes con fin diagnóstico deberán cumplir lo establecido en el R.D. 815 / 2001 sobre la justificación del uso de radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas.

A RELLENAR POR EL SERVICIO DE RADIOLOGIA

TECNICO RX - DOSIS

REACCIONES DURANTE EL ESTUDIO

TELEFONO CITACION

NUMERO RUN:

HORA Y FECHA DE CITACION

PROTOCOLO ESTUDIO

SOLICITUD DE ESTUDIO RADIOLOGICO

IMP. 1076