Nº registro:

F-PR-FPR.002. CUESTIONARIO PARA EL CLIENTE

Muestra de sangre tomada por:

Nombre del Centro

Dirección del Centro

Nº de teléfono: nº de Fax:

E-mail:

Fecha (dd/mm/aa) y hora (hh:mm) de la extracción de sangre:

DATOS SOBRE LA EXPOSICIÓN

Trabajador laboralmente expuesto a radiaciones ionizantes SI NO

1. Fecha (dd/mm/aa) y hora (hh:mm) del suceso de exposición

2. Lugar: Empresa:

3. Breve descripción del suceso de posible sobreexposición:

4. Información sobre la exposición:

Exposición de cuerpo entero	**Exposición parcial del cuerpo**	**Contaminación interna**
SI NO	SI NO	SI NO
dosis	Parte del cuerpo	Nucleído
	Dosis	Dosis

¿Cómo se ha estimado la dosis?:

5. Tipos de radiación:

Rayos X		¿Energía?	
Rayos γ		¿Origen?	
α		¿Origen?	
Neutrones		¿Origen?	¿Energía?
Electrones		¿Origen?	¿Energía?

DATOS DEL PACIENTE

1. Fecha de nacimiento:

2. Exposición previa debida a procedimientos médicos:

Radioterapia Fecha parte del cuerpo

Diagnósticos por rayos X Fecha parte del cuerpo

Medicina nuclear Fecha parte del cuerpo

3. Enfermedades durante las 4 semanas anteriores a la extracción de sangre:

4. Consumo de medicamentos: SI NO

Nombre del medicamento:

Dosis Duración:

5. Fumador NO SI número de cigarrillos al día:

6. Otras enfermedades:

VIH Hepatitis

Los resultados de los análisis de los cromosomas deberán enviarse a:

Nombre:

Dirección:

Nº de teléfono: