



CENTELLO OSEO EN TRES FASES

El día del estudio deberá presentarse con 15 minutos de anticipación en la Recepción de Pacientes Ambulatorios ubicado en la Planta Baja del Edificio Tradicional (esq. Marcelo T. de Alvear y Larrea), con la orden médica, la credencial y la autorización por parte de tu Cobertura Médica (en caso de ser requerida).

Requerimientos:

- No requiere ayuno ni suspensión de la medicación habitual.

Información sobre el estudio:

Utilidad clínica:

Se efectúa cuando se sospecha la existencia de un proceso Inflamatorio/infeccioso del hueso y/o tejidos blandos circundantes.

Estudio del síndrome neurovegetativo (distrofia simpática refleja).

Descripción:

El estudio valora la distribución sanguínea del radiofármaco administrado por vía endovenosa. Posteriormente la vascularización (imagen dentro del 1 er minuto y entre los 5-10 minutos) y metabolismo tardío(2-3hs). Esta sustancia radioactiva emite (radiación) la cual será detectada por la cámara gamma (SPECT), determinando de acuerdo con su distribución la presencia de procesos necrosis avascular, infecciones de prótesis articulares, discitis, etc.

La administración de radiofármaco se realizará debajo del detector de la cámara gamma desde la inyección a la hora de regreso (dos a cinco horas), debe ingerir abundantes líquidos, aproximadamente dos litros. Esta sustancia radioactiva emite (radiación) la cual será detectada por la cámara gamma (SPECT).

Tiempo estimado de duración total del estudio 3 horas.



Medicina Nuclear

CONSENTIMIENTO MEDICO

Fecha:.....

Datos del paciente

Nombre apellido.....
Fecha de nacimiento..... Nacionalidad.....
Documento tipo..... Número.....
Domicilio..... Código postal.....
Localidad..... Teléfono.....
Cobertura..... Afiliado N°.....
Sexo..... Embarazo..... FUM.....

He sido informado que se me realizará,
que me ha solicitado el Dr./a.....

Se me ha informado que la sustancia radioactiva indicada no conlleva riesgo alguno.

La administración por vía endovenosa de la sustancia radioactiva puede provocar inflamación en el sitio de punción venosa entre las primeras 24hs a 48hs y que de ocurrir esto deberé colocarme hielo, consultar por teléfono o concurrir al IADT.
Doy mi consentimiento para que se efectúe dicho estudio.

He leído y comprendido todo lo descripto y me han sido explicadas todas las dudas relativas al estudio.

En consecuencia doy mi consentimiento para que se me realice el procedimiento solicitado.

Firma del paciente:.....

Aclaración:.....

Firma Médico:.....

Aclaración:.....