



CENTELLOGRAMA CON GALIO 67

El día del estudio deberás presentarte 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).

No requiere preparación.

Requerimientos:

- Traer estudios morfológicos realizados (TAC, RMN) realizados previamente.
- No suspender medicamentos por tratamientos médicos (consultar si toma antibióticos).

Información sobre el estudio:

Utilidad clínica:

Indicado en localización de procesos infecciosos, sarcoidosis pulmonar, fiebre de origen desconocido.

Descripción:

El estudio consiste en la evaluación de la distribución sanguínea del radiofármaco administrado por vía endovenosa. Esta sustancia radioactiva emite (radiación) cual será detectada por la cámara gamma (SPECT), determinando de acuerdo con su distribución la presencia de procesos inflamatorios infecciosos y /o granulomatosos.

Se realizarán imágenes desde las 24 horas hasta las 48 horas posteriores a la inyección.

El tiempo estimado de duración del estudio es de 30 a 45 minutos por determinación.



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 descrito 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:.....