



## CENTELLOGRAMA DE CUELLO Y MEDIASTINO

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).

### Preparación:

- Ayuno mínimo de 3 horas.
- La eventual suspensión de la medicación habitual debés consultarla con tu médico endocrinólogo, tomando como base 21 días para T4, 15 días para T3 y 7 días para Danantizol.

### Información sobre el estudio:

Utilidad clínica:

Evaluación de bocios endotorácicos y residuales post-quirúrgicos.

Descripción:

Puede ser solicitado con  $^{99m}\text{Tc}$  o con  $^{131}\text{I}$ odo.

Luego de la administración oral del radiofármaco se realizarán imágenes de cuello y mediastino a las 24 horas de la administración del radioiodo. Esta sustancia radioactiva emite (radiación) la cual será detectada por la cámara gamma (SPECT).



**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:.....