



## **CENTELLOGRAMA GLÁNDULAS SALIVALES**

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:**

- No suspender medicamentos por tratamientos médicos.

### **Información sobre el estudio:**

Utilidad clínica:

Determina la morfología, función, capacidad de concentración y excreción salival. Valora procesos de inflamaciones crónicas, sistemáticas: síndrome de Sjogren, de Mikuliez, efecto de las radiaciones, afecciones tumorales, etc.

Descripción:

El estudio consiste en la evaluación de la morfología, función y capacidad de excreción salival mediante la administración por vía endovenosa de una sustancia radiactiva (radiofármaco). Esta sustancia radioactiva emite (radiación) la cual será detectada por la cámara gama (SPECT).

La administración del radiofármaco se realiza por vía endovenosa, inmediatamente se realizan imágenes consecutivas durante 30 minutos. Posteriormente se administrará por vía oral zumo de limón o sal para estimular la excreción glandular, efectuando nuevas determinaciones durante los 15 minutos posteriores.

Tiempo estimado de duración del estudio 1 hora.



**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:.....