



CENTELLOGRAMA HEPATOESPLÉNICO

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:

Ninguna en especial, aunque se sugiere 3 horas de ayuno.

Requerimientos:

- No suspender medicamentos por tratamientos médicos.
- Luego de la administración del radiofármaco deberá concurrir para realizarse las imágenes del estudio entre los 20 y 30 minutos.

El tiempo estimado de duración del estudio es de 30 minutos.

Información sobre el estudio:

Utilidad clínica:

Valoración de forma, tamaño, posición, función del hígado y bazo e interrelación de ambos. Diagnóstico de lesiones ocupantes (primarias o secundarias) y Hepatopatías de distintas causas.

Descripción:

El estudio consiste en la evaluación de la forma, tamaño, posición y distribución sanguínea del radiofármaco administrado por vía endovenosa. 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 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:.....