



CENTELLOGRAMA OSEO CORPORAL TOTAL / SPECT OSEO CON 99M TC / MDP

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.
- Entre la administración de radiofármaco y la hora de regreso (dos a cinco horas), debe ingerir abundantes líquidos, aproximadamente 1 litros.

Información sobre el estudio:

Utilidad clínica:

Proporciona información morfológica funcional del sistema osteoarticular. La gran sensibilidad para detectar cambios funcionales hace que este tipo de estudio sea el único capaz de permitir observar tempranamente una anomalía.

Tiene como objetivo, valorar alteraciones óseas primitivas o secundarias, permitiendo la localización de lesiones tumorales, infecciosas, inflamatorias, metabólicas o traumáticas.

De gran utilidad en Oncología y Traumatología.

Descripción:

La sustancia radioactiva administrada emite radiación la cual será detectada por la cámara gamma (SPECT).

El tiempo total del estudio desde la inyección es de 3 a 5 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 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:.....