



CENTELLOGRAMA PULMONAR VENTILACIÓN Y PERFUSIÓN

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 requiere ayuno.
- Deberás traer una placa de tórax, la misma debe ser realizada previamente.
- Traer estudios previos: tomografía computada, Centellograma ventilación/perfusión pulmonar previo, Ecocardiograma.
- Informar si está recibiendo anticoagulación.
- No suspender medicamentos por tratamientos médicos.
- Disponer de 45 minutos a 1 hora para la realización del estudio.

Información sobre el estudio:

Utilidad clínica:

Diagnóstico de tromboembolismo pulmonar agudo y control evolutivo del mismo.

Diagnóstico de hipertensión pulmonar tromboembólica crónica.

Enfermedades obstructivas pulmonares crónicas (EPOC).

Descripción:

El estudio consiste en la evaluación del patrón aéreo pulmonar mediante la inhalación por medio de la nebulización de una sustancia radiactiva (radiofármaco) Esta sustancia emite energía (radiación) la cual será detectada por la cámara gamma (SPECT). Posteriormente se administrará por vía endovenosa otro radiofármaco para la visualización de la distribución sanguínea pulmonar.

Luego de la administración del radiofármaco las imágenes se realizarán en forma inmediata



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:.....