



CENTELLOGRAMA RENAL DMSA

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:

- En lo posible una buena hidratación previa.
- No debés suspender tu medicación habitual.

Información sobre el estudio:

Utilidad clínica:

Valoración anatómico-funcional renal, detección de áreas de cicatriz como secuelas traumáticas, determinación de áreas avasculares en infartos renales y/o patología tumoral.

Descripción:

El estudio consiste en la evaluación de la función y morfología renal mediante la administración de una sustancia radioactiva endovenosa. Esta sustancia radioactiva emite (radiación) la cual será detectada por la cámara gamma (SPECT).

Luego de la administración del radiofármaco deberás concurrir para realizarse las imágenes del estudio entre las 2 y 4 horas. El tiempo estimado de duración de la toma de imágenes es de 30 minutos.



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:.....