



CENTELLOGRAMA / SPECT TIROIDEO

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:

- Ayuno mínimo de 3 horas.
- La eventual suspensión de la medicación habitual debes consultarla con tu médico endocrinólogo, tomando como base 21 días para T4, 15 días para T3 y 7 días para Danantizol.

Información sobre el estudio:

Utilidad clínica:

Valoración morfológica funcional de tiroides. Forma, tamaño y posición glandular; funcionamiento de las distintas estructuras intratiroides, determinación de la existencia de tejido funcional fuera de tiroides. Diagnostico diferencial entre nódulos hipofuncionantes (fríos) e hiperfuncionales (autónomos, calientes).

Descripción:

Puede ser solicitado con ^{99m}Tc o con ^{131}I odo.

Luego de la administración oral del radiofármaco se realizarán imágenes del cuello, a las 24 o 48 horas. La duración del estudio es aproximadamente 40 minutos a 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, **CAPTACION DE I131 Y CENTELLOGRAMA DE TIROIDES (control)**, que me ha solicitado el

Dr./a.....

Se me ha informado que la sustancia radioactiva indicada **I131**, que será administrada por via oral, no conlleva a riesgo alguno

Doy mi consentimiento para que se efectúe dicho estudio.

..... conmCi-I131.

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:.....