



COLANGIOGRAFÍA O HEPATOBILIAR

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:

- Se sugiere 6 horas de ayuno.

Requerimientos:

- No suspender medicamentos por tratamientos médicos.

Información sobre el estudio:

Utilidad clínica:

Diagnóstico de colecistitis aguda/crónica, estudio de las ictericias, valoración postoperatoria de vías biliares, diagnóstico diferencial entre atresia de las vías biliares y hepatitis neonatal, detección de reflujo duodeno gástrico.

Descripción:

El estudio consiste en la evaluación del estado funcional de las células hepáticas, vesícula y vías de excreción intra/extrahepáticas mediante la inyección endovenosa de una sustancia radiactiva (radiofármaco). Esta sustancia radioactiva emite (radiación) la cual será detectada por la cámara gamma (SPECT).

Luego de la administración endovenosa del radiofármaco se realizarán imágenes desde los cinco minutos hasta la hora posteriores a la inyección. Se realizarán imágenes tardías (entre las 1 y 6 horas).

El tiempo estimado de duración del estudio es de 1 hora hasta 6 horas y eventualmente 24 hs.



Medicina Nuclear

CONSENTIMIENTO MEDICO

Fecha:.....

Datos del paciente

Nombre apellido.....
Fecha de nacimiento.....Nacionalidad.....
Documento tipo.....Número.....
Domicilio.....Código
postal.....
Localidad.....Teléfono.....
....
Cobertura.....Afiado 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:.....