



## **CURVA DE CAPTACIÓN TIROIDEA**

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 debés 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:

El objetivo de este estudio es valorar la función de la glándula tiroidea. El estudio es indispensable para calcular la actividad a administrar en el tratamiento del hipertiroidismo con 1-131.

Descripción:

Luego de la administración oral del radiofármaco se realizarán mediciones del cuello, a 1 hora, 24 y 48 horas.

La duración de cada determinación es de aproximadamente 20 minutos, el primer día de captación puede requerir más de 1 hora.



## 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.

..... con .....mCi-I131.

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:.....