



DOSIS TERAPÉUTICA POR CÁNCER DE TIROIDES

El día del turno 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).

Requerimiento:

- Requiere turno para entrevista con médico nuclear del servicio para programar la fecha e indicaciones especiales del estudio.

Preparación:

- Acorde a las indicaciones especificadas por el médico en la entrevista

Información sobre la práctica:

Utilidad clínica:

Tiene por objetivo realizar la ablación del tejido tiroideo

- Remanente post-tiroidectomía.
- Tratar metástasis o recidivas funcionantes.
- Imposibilidad de reintervención.

“DEBE SOLICITAR CONSULTA MEDICA A mnuclears@iadt.com”



Medicina Nuclear
CONSENTIMIENTO MEDICO DOSIS ABLATIVA DEL I 131

Fecha:.....

Datos del paciente

Nombre apellido.....
Fecha de nacimiento..... Nacionalidad.....
Documento tipo..... Número.....
Domicilio..... Código postal.....
Localidad..... Teléfono.....
Cobertura..... Afiliado N°.....
Sexo..... Embarazo..... **Test Embarazo (subun.Beta)**.....

Fecha última Menstruación.....

He sido informado /a que se me realizará **Dosis ablativa con I 131 (radioiodo)**, que me ha solicitado el Dr./a....., este procedimiento consiste en la administración por vía oral de dosis terapéutica ablativa demCi de I 131 (radioiodo), buscando obtener la destrucción total de restos tiroideos post-quirúrgicos y /o propagaciones tiroideas a distancia. Se me ha explicado la dolencia que padezco y el tratamiento al que seré sometido.

Considerando la afección de base a tratar (mtts de Ca. Papilar de tiroides); y siendo este tratamiento la única opción terapéutica posible, dada la localización mtts del tumor , (compresión extrínseca de traquea).Tomo conocimiento de las posibles complicaciones de este tratamiento ablativo (sangrados / fibrosis) habiendo tomado los recaudos y cumplido con la preparación adecuada a la hora de la dosis.

Se me ha explicado que para la destrucción tiroidea eventualmente es necesario una segunda dosis y hasta una tercera dosis de radioiodo, para conseguir la insuficiencia tiroidea (hipotiroidismo), que posteriormente será tratado por su médico con la administración de hormona tiroidea.

Se me ha explicado que por los posibles efectos somáticos de las radiaciones, no debo procrear por 6 (seis) meses posteriores a la toma del radioiodo y me han entregado por escrito una serie de instrucciones a seguir durante las dos semanas posteriores a la administración del radioiodo acerca de mis cuidados personales y mi relación con otras personas.

Durante las.....horas posteriores a la administración del I 131 (radioiodo)usted deberá:

- Mantener una distancia mínima de dos metros, de otras personas, especialmente niños y embarazadas.
- Dormir en cama individual, y evitar el contacto físico prolongado con otras personas durante las primeras 72 horas posteriores.

Dado que el radioiodo se elimina por saliva y orina, especialmente en las primeras 72 hs. posteriores a la administración oral del mismo, usted deberá:

- Efectuar varios lavados del inodoro después de su uso.
- Limpiar con abundante agua el lavatorio después de su uso y debe lavarse bien las manos.
- Separar los utensilios de comida y lavarlos por separado, (o usar descartables).
- Separar toalla, ropa interior y lavarlas por separado.
- Mantener buenos hábitos de higiene personal
- Tratar de cubrir con un papel absorbente descartable , el teléfono durante su uso.

Se me ha informado y tomo conocimiento pormenorizado, de cada uno de los eventuales riesgos que pudieran acontecer con motivo de la realización del estudio indicado.



INSTITUTO ARGENTINO DE
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO S.A.

PREPARACIONES PARA EL 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 y autorizo a los médicos del IADT a que me asistan con la finalidad de tratar posibles reacciones adversas, las que me han sido suficientemente explicadas.

Firma del paciente:..... Firma Médico:.....

Aclaración:..... Aclaración:.....