



## FLEBOGRAFÍA RADIOISOTÓPICA

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 debe suspender medicamentos por tratamientos médicos.
- No requiere ayuno.

### Información sobre el estudio:

Utilidad clínica:

Determina las alteraciones anatómicas de los sistemas venosos superficiales (SVS) y profundo (SVP). Valora la posible existencia de tromboflebitis e investiga oclusiones de distintas etiologías.

Descripción:

El estudio consiste en la evaluación de las alteraciones anatómicas del sistema venoso superficial y profundo, mediante la administración de la sustancia radiactiva por vía endovenosa, a través de venoclisis en el dorso del pie o extremidad en estudio. Esta sustancia radioactiva emite (radiación) la cual será detectada por la cámara gamma (SPECT).

Luego de la administración del radiofármaco se realizarán imágenes secuenciales durante los 30 minutos posteriores por región en estudio

Tiempo estimado de duración del estudio 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, .....

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:.....