



## HEMORRAGIA DIGESTIVA

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:**

- 6 horas de ayuno.

### **Requerimientos:**

- No suspender medicamentos por tratamientos médicos.

### **Información sobre el estudio:**

Utilidad clínica:

Determina la existencia de pérdida de sangre en el aparato digestivo, ante las sospechas de hemorragias digestivas bajas.

Descripción:

El estudio consiste en la localización de sangrado gastrointestinal, mediante la administración por vía endovenosa de una sustancia radiactiva (radiofármaco). Esta sustancia radioactiva emite (radiación) la cual será detectada por la cámara gamma (SPECT).

Luego de la administración del radiofármaco las imágenes se realizarán en forma inmediata.

El tiempo estimado de duración del estudio es de 1 hora y /o hasta las 24hs.



**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:.....