



LINFOGRAFÍA RADIOISOTOPICA DE MIEMBRO INFERIOR O MIEMBRO SUP

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.

Información sobre el estudio:

Utilidad clínica:

La linfocentellografía es un método poco invasivo, seguro, que nos permite valorar:

- Evaluación de los ganglios linfáticos regionales.
- Estudio del linfedema.

Descripción:

El estudio consiste en la evaluación de las alteraciones morfológicas del sistema linfático y grupos nodales a través de la administración en el espacio interdigital del sector en estudio, de la sustancia radioactiva (radiofármaco) que emite (radiación) la cual será detectada por la cámara gamma (SPECT).

Luego de la administración del radiofármaco se realizarán imágenes secuenciales precoces, a los 20 minutos post- inyección e imágenes tardías de 2 horas.

Tiempo estimado de duración del estudio 3 hora en total.



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:.....