



RADIOCARDIOGRAMA EN REPOSO

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 previo de 2 horas.
- No es necesario suspender tu medicación habitual.

Información sobre el estudio:

Utilidad clínica:

Estudio de la función contráctil del corazón. Su utilización principal es en pacientes con enfermedades valvulares y en aquellos en tratamiento con quimioterapia.

Descripción:

Este estudio tiene como objetivo evaluar la función de su corazón como bomba en condiciones de reposo. En primer lugar, se le inyectará por vía endovenosa una sustancia denominada Cl Sn (Cloruro Estañoso) y a los 20 minutos de esta se realizará otra inyección endovenosa con una sustancia radioactiva denominada Tc-99. El Tc-99 emite energía (radiación) la cual será detectada por el equipo de cámara gamma, permitiéndonos así evaluar la contracción de tu corazón. Durante la adquisición de las imágenes en la cámara, estarás acostado en una camilla y se te colocarán electrodos en el pecho para obtener un registro de su ritmo cardíaco a través del estudio.



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:.....