



RADIORRENOGRAMA CON FUROSEMIDA O ENALAPRIL/CAPTOPRIL CON FILTRADO GLOMERULAR

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:

- Es necesario una buena hidratación previa.
- No debés suspender tu medicación habitual.
- Traer estudios previos relacionados con la solicitud del estudio.

Información sobre el estudio:

Utilidad clínica:

Valora la función renal por separado, en sus tres fases: vascular, parenquimatosa y excretora mediante imágenes secuenciales y curvas de función.

Indicado en el estudio y tratamiento de hipertensión arterial, malformaciones renales y vías urinarias. Control evolutivo de trasplante renal. Con prueba de Diuresis Forzada (Furosemida). Diagnóstico diferencial entre dilatación y obstrucción de las vías urinarias. Con prueba de captopril. Valoración de la hipertensión renovascular.

Descripción:

Luego de la administración del radiofármaco se realizarán imágenes dinámicas inmediatas por 30 minutos (tiempo estimado del estudio).

Pruebas de estímulo: consultar. El estudio se realizará en dos días no consecutivos, de acuerdo con la prueba de estímulo e indicación de tu médico.



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:.....