



## RASTREO CORPORAL CON I131 POST TIROIDECTOMÍA TOTAL

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 mínimo de 3 horas.
- Consultá al servicio sobre suspensión de medicación o para la realización bajo Thyrogen.
- La eventual suspensión de la medicación habitual debés consultarla con tu médico endocrinólogo, tomando como base 21 días para T4 y 15 días para T3.

### Información sobre el estudio:

Utilidad clínica:

Determinar la existencia de restos tiroideos (post-tiroidecotomía)- Detección de metástasis funcionantes en cáncer diferenciado de tiroides. Control y seguimiento post-quirúrgicos.

Descripción:

Luego de la administración oral del radiofármaco se realizarán imágenes de cuello y mediastino a las 48 horas de la administración del radioiodo. Esta sustancia radioactiva emite (radiación) la cual será detectada por la cámara gamma (SPECT).

“SOLICITAR CONSULTA MEDICA CON MEDICINA NUCLEAR A [mnuclears@iadt.com](mailto:mnuclears@iadt.com) .”



**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, **RASTREO CORPOTAL TOTAL (control)**, que me ha solicitado el Dr./a.....

Se me ha informado que la sustancia radioactiva indicada **I131**, que será administrada por vía oral, no conlleva a riesgo alguno

Doy mi consentimiento para que se efectúe dicho estudio.  
..... con .....mCi-I131.

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:.....