



## SPECT CEREBRAL CON HMPAO O ECD

El día del estudio deberá presentarse 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).

### Requerimientos:

- No requiere ayuno
- No suspender medicamentos por tratamientos médicos (salvo indicación médica).
- Traer detalle antecedentes (si tiene, resumen de Historia clínica) y estudios neurológicos previos como tomografía computada (TC) y/o resonancia magnética (RM), en lo posible en formato digital (CD, etc)

### Información sobre el estudio:

#### Utilidad clínica:

Diagnóstico diferencial de demencias: Alzheimer, arterioesclerótica o infartos múltiples.

Identificación del foco epiléptico en las epilepsias parciales.

Enfermedades psiquiátricas que poseen componentes biológicos: Autismo, Esquizofrenia. Consumo de sustancias.

#### Descripción:

El estudio consiste en la evaluación de la distribución sanguínea del radiofármaco administrado por vía endovenosa. Esta sustancia radioactiva emite (radiación) la cual será detectada por la cámara gamma (SPECT). Esta sustancia radioactiva emite (radiación) la cual será detectada por la cámara gamma.

Una vez inyectado el radiofármaco se realizarán imágenes dentro de la hora siguiente.

Tiempo estimado de duración del estudio 2 horas.



**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:.....