



SPECT CEREBRAL CON TRODAT –TC99M O DAT SCAN (PARKINSON)

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).

Indicaciones:

- No requiere ayuno
- 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)
- Si toma medicación, tenga en cuenta que debe suspender la levodopa 24 hs antes. Si toma ansiolíticos o antidepresivos debe consultar con el médico prescriptor si la puede suspender también las últimas 24 hs, así como también si toma alguna medicación específica por patología prostática.

Información sobre el estudio:

Utilidad clínica:

Diagnóstico de enfermedad Parkinson y Diagnóstico diferencial de con otros Parkinsonismos.

Descripción:

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

Las imágenes se realizarán a las 4 hs post inyección del material radiactivo, dependiendo del horario exacto de inyección (Ej. Si se inyecta a las 14 hs debe regresar a las 18 hs).

Luego de la inyección puede ir a comer algo y regresar cuando le indiquemos en el servicio.

Tiempo estimado de duración del estudio 5 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

Nº.....

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:.....