



## **TEST DEL AIRE ESPIRADO, HELICOBACTER PYLORI**

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:**

- 6 horas de ayuno.
- Suspender durante 15 días medicamentos específicos para helicobacter y mantener un intervalo de 7 días desde una endoscopia gástrica.

### **Requerimientos:**

- Concurrir con un cepillo de dientes

### **Información sobre el estudio:**

Utilidad clínica:

Valoración de presencia de helicobacter pylori en el aire espirado.

Descripción:

El estudio consiste en la evaluación de la presencia del helicobacter pylori en el aire aspirado.

Luego de la administración del radiofármaco se realizarán tomas del aire espirado por una hora consecutivamente.

El tiempo estimado de duración del estudio es de 1 hora.



**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:.....