



VIABILIDAD MIOCARDICA

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 su Cobertura Médica (en caso de ser requerida).

Preparación:

- Ayuno previo de 2 horas.
- No es necesario suspender su medicación habitual.

Información sobre el estudio:

Utilidad clínica:

Valoración del monto de “miocardio vivo” en pacientes que hayan padecido infarto de miocardio e insuficiencia cardíaca.

Descripción:

El estudio consiste en la evaluación de la circulación sanguínea coronaria en condiciones de reposo. Con el objeto de visualizar cómo la circulación sanguínea llega al músculo cardíaco, se inyectará en forma endovenosa una sustancia radioactiva. Esta sustancia emite energía (radiación) la cual será detectada por la cámara gamma (SPECT).

Este estudio se realiza en un solo día el cual demandará como máximo 2 horas. Se inyectará por vía endovenosa Tecnecio-99 sestamibi y aproximadamente a la hora se lo citará para adquirirles imágenes de su corazón en la cámara gamma (SPECT).



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:.....