


## FUNDACIÓN ALEJANDRO LONDOÑO

	Nombre del Documento:	INSTRUCCIÓN GAMMAGRAFIA DE PERFUSION PULMONAR	Pág 1 de 2
	Código del Documento:	IMG-INS-020	Versión 1
	FECHA: Mayo 21 de 2013		

### GAMMAGRAFIA DE PERFUSION PULMONAR

#### ¿En qué consiste el examen?

Se le va a inyectar una dosis de una sustancia radiactiva y luego se le va a tomar unas imágenes de los pulmones, con una cámara especial. La sustancia administrada no le va a producir ninguna reacción.

#### Indicaciones:

- ❖ Si es mujer, informe previamente si está en embarazo o lactando.
- ❖ Preséntese al examen en la fecha indicada, 10 minutos antes de la hora de la cita.
- ❖ Debe traer una radiografía de Tórax reciente ( máximo 2 días antes del examen).
- ❖ Traiga resumen de la historia clínica y resultados de exámenes relacionados que le hayan practicado.
- ❖ Evite acompañantes menores de edad o mujeres embarazadas, así como el uso de objetos metálicos, alhajas ó joyas el día del examen.
- ❖ Debe disponer tiempo suficiente, aproximadamente 1 hora para realización del examen.
- ❖ Se le pedirá que firme un formulario de consentimiento mediante el que autoriza la realización de la prueba. Lea el formulario atentamente, y pregunte si hay algo que no le resulta claro.


**NOTA: Si el paciente está hospitalizado debe traer vena canalizada permeable ( vena periférica).**

#### Después del procedimiento

- ❖ Se le indicará beber abundantes líquidos y vaciar la vejiga con regularidad durante las 24 horas posteriores al examen para ayudar a eliminar los restos de radionúclido del organismo.
- ❖ Debe permanecer alejado de menores de 14 años y mujeres embarazadas durante 24 horas.
- ❖ Los resultados podrán ser reclamados 5 días hábiles después de la prueba y debe reclamarlos con documento de identidad.

#### COPIA CONTROLADA

## FUNDACIÓN ALEJANDRO LONDOÑO

	Nombre del Documento:	INSTRUCCIÓN GAMMAGRAFIA DE PERFUSION PULMONAR	Pág 2 de 2
	Código del Documento:	IMG-INS-020	Versión 1
	FECHA: Mayo 21 de 2013		

Elaboró/Modificó: COORDINADOR DE CALIDAD	Revisó: TECNOLOGO MEDICINA NUCLEAR	Aprobó: GERENTE
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

**COPIA CONTROLADA**