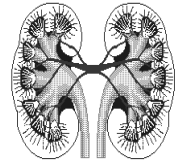


INSTITUTO DE NEFROLOGÍA "ABELARDO BUCH LÓPEZ"
Servicio de Medicina Nuclear.

Ave 26 y Rancho
Boyerros. Vedado.
Plaza.
2do Piso. INEF.

Teléfono:
+537-8815975
Correo:
mnuclear@nefro.sld.cu

TURNO
FECHA:
HORA:



Solicitud de Estudios Gammagráficos Renales.

Datos del Paciente:

Nombre: _____
Numero Identidad: _____
Edad: ____ Sexo: ____ Peso: ____ Kg. **Creatinina:** _____ mmol/L -mg%
Fecha de Solicitud: __/__/____ Telef: _____

Médico Referente: _____
Hospital: _____
Especialidad: _____ Telef: _____
email: _____
Firma y Cuño: _____

Tipo de Estudio Solicitado: Dinámico: ____ Estático: ____
Trasplantado: ____ horas. Perfusión: ____ Captopril: Con ____ Sin: ____
Primera vez ____ Evolutivo: ____ Fecha de último estudio: __/__/__

Indicaciones Especiales: Catéter urinario
Cierre de Catéter ____ Con catéter ____ Retirar Catéter: ____
Uso de Furosemida: No ____ SI ____ Valorar en estudio: ____

Datos Clínicos: (consignar también resultados de estudios imagenológicos: US. Urograma Descendente. Uretrocistografía. TAC, Gammagrafías)

Desea se copie estudio en CD: Si ____ No ____

Impresión Diagnóstica:

- 1.
- 2.
- 3.

Propósito de este estudio:

Resultados:

Médico Informante: _____ **Fecha:** _____ **Firma:** _____

Para uso de técnicos: Radiofco: DMSA: ____ DTPA: ____ MAG3: ____ Dosis: _____ Hora de administración: _____
Extravasado ____ % Actividad: _____ Furosemida ____ mg.
Nombre del técnico: _____ **Comentarios:** _____