

TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI GLOBALE CORPOREA (PET/CT) **CON ALTRI RADIOFARMACI (18F-COLINA) – NOTA INFORMATIVA**

Introduzione

La tomografia ad emissione di positroni globale corporea (PET/CT) con ¹⁸F-Colina è un esame semplice da eseguire e non doloroso per il/la paziente. Questo esame consente di studiare il modo in cui funzionano alcuni tipi di forme tumorali (es. tumore prostatico, tumori cerebrali) e viene utilizzato anche per la valutazione dei pazienti affetti da iper-paratiroidismo primitivo (ricerca di adenoma/i delle paratiroidi).

Controindicazioni

Lo stato di gravidanza rappresenta una controindicazione assoluta all'esame.

Preparazione

La tomografia ad emissione di positroni globale corporea (PET/CT) con ¹⁸F-Colina:

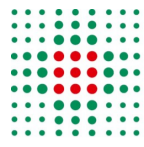
- richiede che il paziente, al momento dell'indagine, sia a digiuno da almeno 4 ore e che abbia bevuto almeno 1 litro di liquidi nelle 2 ore precedenti l'appuntamento.
- **NON** richiede preparazione, **NON** richiede il digiuno e **NON** richiede che lei sospenda l'assunzione della sua abituale terapia farmacologica (**NON SOSPENDA MAI I SUOI FARMACI DI SUA INIZIATIVA E SENZA AVERE CONSULTATO IL SUO MEDICO**).

Documentazione da portare

Tutta la documentazione che riguarda il motivo per cui è stata richiesta La tomografia ad emissione di positroni globale corporea (PET/CT) con ¹⁸F-Colina.

Come si svolge

Una volta arrivata/o in ospedale, dovrà presentarsi in accettazione. Qui la nostra segretaria le darà le prime indicazioni, le dirà anche come e quando potrà ritirare il risultato e la farà accomodare in sala di attesa. Il medico o l'infermiere la verranno a chiamare e la accompagneranno in un ambulatorio. Il Medico le spiegherà quindi in modo preciso come funziona l'esame, le chiederà alcune informazioni relative alla sua storia medica ed infine le chiederà di firmare il modulo del consenso informato associato a questa informativa. Di tale consenso le verrà consegnata una copia e le verrà anche dato il modulo aziendale di informativa sul trattamento dei dati personali. Alla fine del colloquio, il personale infermieristico la accompagnerà in un altro ambulatorio medico dove le sarà iniettato in una vena, generalmente del braccio, il "radiofarmaco" (o "tracciante radioattivo") specifico per il suo esame. A questo punto lei dovrà attendere circa 60 minuti affinché il radiofarmaco si distribuisca correttamente nel suo organismo. L'iniezione è sicura, dura pochi secondi, **NON** è affatto dolorosa e **NON** provoca alcuna allergia, anche in pazienti allergici a farmaci e /o alimenti (**NON** è un mezzo di



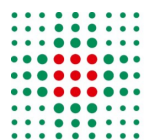
contrasto radiologico). Durante questa attesa, tutte le volte che avrà necessità, dovrà utilizzare i servizi igienici della Medicina Nucleare. Terminata l'attesa, il personale della Medicina Nucleare le chiederà di vuotare un'ultima volta la vescica ritornando in bagno alcuni minuti prima di iniziare l'esame. Quindi, un nostro tecnico sanitario di radiologia medica la farà stendere sul lettino della nostra macchina PET/CT su cui rimarrà sdraiato per circa 15-20 minuti, a seconda della tipologia di studio richiesto. Finito l'esame potrà tornare a casa (il radiofarmaco che le inietteremo **NON** influirà sulle sue capacità di guidare l'automobile) e potrà riprendere tutte le sue normali attività ed abitudini di vita e di alimentazione.

TUTTAVIA, nelle 24 ore successive all'esame lei dovrà:

- continuare a bere e a urinare un po' più spesso del solito, perché il radiofarmaco viene eliminato soprattutto attraverso le urine.
- evitare i contatti stretti e prolungati (stare abbracciati, dormire insieme ecc.) con bambini piccoli (due o tre anni di età o più piccoli) e donne in gravidanza (o che potrebbero essere in gravidanza e ancora non saperlo). Come indicazione di massima, cerchi di stare ad almeno un metro di distanza da bambini e donne incinte.

N.B. In caso di dubbio o necessità relativi all'esame scintigrafico che eseguirà presso la nostra struttura, potrà contattare la segreteria della Medicina Nucleare al seguente numero telefonico: 0523-303405.

Data _____ Firma Paziente _____ Firma Medico _____



MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

COGNOME	NOME
LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA
UNITA' OPERATIVA RICHIEDENTE	
OSPEDALE DI	
DIAGNOSI/SOSPETTO CLINICO	
ESAME SCINTIGRAFICO RICHiesto	

INFORMAZIONI FORNITE

Sono state fornite al/alla paziente tutte le informazioni relative a:

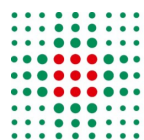
1. Modalità di esecuzione della procedura diagnostica (o terapeutica, in caso di terapia ambulatoriale);
2. Finalità della procedura diagnostica (o terapeutica, in caso di terapia ambulatoriale);
3. Eventuali contro-indicazioni relative ed assolute alla procedura (o al trattamento, in caso di terapia ambulatoriale);
4. Eventuali rischi riguardo l'esposizione a radiazioni ionizzanti;
5. Eventuali alternative diagnostico/terapeutiche al trattamento proposto, che non comportino l'esposizione a radiazioni ionizzanti;
6. Prognosi e aspettative migliorative del trattamento (in caso di terapia ambulatoriale);
7. Conseguenze prevedibili alla mancata esecuzione dell'atto diagnostico e/o terapeutico e/o riabilitativo proposto.

Inoltre, è stato fornito al/la paziente/ovvero a chi esercita la potestà genitoriale/ovvero al rappresentante legale (amministratore di sostegno, tutore, curatore) **materiale informativo** sulla procedura proposta, appositamente predisposto dall'Unità Operativa, del quale viene trattenuta copia controfirmata dal/la paziente in cartella clinica.

Si informa il/la destinatario/a dell'informazione che, in caso di bisogno di ulteriori informazioni, potrà rivolgersi all'Unità Operativa di Medicina Nucleare, contattando il seguente numero di telefono 0523/303405.

data ___/___/___

Firma e timbro del Medico _____



Verificato che il/la destinatario/a dell'informazione ha ben compreso il significato delle informazioni fornite ed è consapevole dei rischi e dei benefici dell'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo proposto, si procede ad acquisirne il consenso.

ESPRESSIONE DEL CONSENSO

IO SOTTOSCRITTO _____ HO BEN COMPRESO QUANTO MI É
STATO SPIEGATO DAL DR./SSA _____

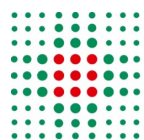
QUINDI ACCONSENTO

ALL'EFFETTUAZIONE PRESSO QUESTA STRUTTURA DELL'ATTO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO
PROPOSTO che verrà effettuato da: componenti dell'èquipe consulente esterno

**PER LE DONNE IN ETA' FERTILE: ESCLUDO QUALSIASI SOSPETTO DI GRAVIDANZA E DI
ESSERE IN STATO DI ALLATTAMENTO AL MOMENTO DELL'ESAME SCINTIGRAFICO**

Firma del/la paziente		
Firma dei genitori	(Padre)	(Madre)
Firma del tutore (o curatore o amministratore di sostegno)		

data ___/___/___



NEGAZIONE DEL CONSENSO

IO SOTTOSCRITTO _____ HO BEN COMPRESO QUANTO MI É
STATO SPIEGATO DAL DR./SSA _____

MA NON ACCONSENTO

ALL'EFFETTUAZIONE PRESSO QUESTA STRUTTURA DELL'ATTO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO
PROPOSTO.

Sono, in particolare, stato/a adeguatamente informato/a su quali conseguenze possono
derivare dal mio rifiuto all'esecuzione dell'atto medico proposto.

Firma del/la paziente		
Firma dei genitori	(Padre)	(Madre)
Firma del tutore (o curatore o amministratore di sostegno)		

data ___/___/___

NOTA: l'eventuale revoca del consenso deve essere tassativamente annotata in cartella
clinica (o in altra documentazione sanitaria) e debitamente firmata dal/dalla paziente (o dai
genitori o dal legale rappresentante).

STATO DI NECESSITA'

Si procede ad effettuare l'atto diagnostico/o terapeutico invocando lo **stato di necessità**, in
quanto il/la paziente è impossibilitato/a ad esprimere il consenso, ovvero in assenza di chi
possa legalmente esprimerlo (in tale ipotesi si interrompe a questo punto la compilazione del
modulo).