

SCINTIGRAFIA EPATICA PER LA RICERCA DI LESIONI ANGIOMATOSE CON TOMOGRAFIA – NOTA INFORMATIVA

Introduzione

La scintigrafia epatica per la ricerca di lesioni angiomatose è un esame semplice da eseguire e non doloroso per il/la paziente. Questo esame consente di confermare o meno il sospetto clinico di angiomi epatici.

Controindicazioni

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

Preparazione

La scintigrafia epatica per la ricerca di lesioni angiomatose **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**). Occorre tuttavia che il medico nucleare sia a conoscenza della sua abituale terapia farmacologica.

Documentazione da portare

Tutta la documentazione che riguarda il motivo per cui è stata richiesta la scintigrafia epatica per la ricerca di lesioni angiomatose. In particolare, **il giorno dell'appuntamento dovrà presentarsi con:**

- Il presente modulo che compilerà insieme al Medico Nucleare;
- La ricetta per la scintigrafia epatica per la ricerca di lesioni angiomatose;
- Il referto dell'ultima visita medica specialistica durante la quale le è stato prescritto l'esame scintigrafico;
- Eventuali esami radiologici eseguiti recentemente;
- L'elenco dei farmaci che assume abitualmente.

Come si svolge

Il giorno del suo esame dovrà presentarsi allo sportello CUP posto al Piano 1 dell'edificio polichirurgico per la procedura di accettazione. Qui la nostra segretaria le darà le prime indicazioni per recarsi presso il reparto di Medicina Nucleare e le dirà anche come e quando potrà ritirare il risultato. Una volta giunto/a in reparto il nostro personale 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. Le verrà anche dato il modulo aziendale di informativa sul trattamento dei dati personali. Alla fine del colloquio, il medico nucleare le inietterà in una vena, generalmente del braccio, un farmaco (*pirofosfato*) che

servirà per rendere successivamente radioattivi i suoi globuli rossi. A questo punto verrà fatto accomodare in una saletta di attesa per circa 20-30 minuti. Al termine di questa attesa il medico nucleare la richiamerà in sala acquisizione e insieme al personale tecnico la faremo sdraiare sul lettino della nostra macchina fotografica ("gamma-camera"). Quindi il medico nucleare le inietterà in vena il "radiofarmaco" (o "tracciante radioattivo") specifico per il suo esame, che si legherà ai suoi globuli rossi. 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). Immediatamente dopo la somministrazione inizieranno le prime fotografie al suo fegato, della durata di circa 1 minuto. Verrà quindi fatto accomodare in una specifica saletta per pazienti debolmente radioattivi ("attesa calda") dove dovrà attendere circa 50 minuti. Al termine di questa attesa verrà nuovamente fatto accomodare sul lettino della nostra gamma-camera per ulteriori 20 minuti di fotografie al suo fegato.

Una volta 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.
- evitare se possibile di sostare in luoghi affollati (bar, ristoranti, etc.) per non esporre altre persone a radiazioni non giustificate.

Una volta a casa, lei dovrà conservare i materiali che sono entrati in contatto con le sue urine, le sue feci o il suo sangue, nello scantinato o in garage in sacchi chiusi per almeno **2 giorni**. Questo serve per tutelare l'ambiente. Dopo 2 giorni lei potrà buttare questi sacchi nei contenitori per la raccolta dei rifiuti indifferenziati. Se si accorge di aver sporcato capi intimi o vestiti con urina, feci o sangue, li conservi sempre nello scantinato o in garage in sacchi chiusi per almeno 2 giorni. Passato questo tempo, lei potrà lavarli e indossarli di nuovo. **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: 0523-303521.**

Data _____ Firma Paziente _____ Firma Medico _____

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza Direzione Sanitaria Direzione Assistenziale	PROCEDURA AZIENDALE INFORMAZIONE E ACQUISIZIONE CONSENSO PER ACCERTAMENTI E TRATTAMENTI SANITARI	ALL Versione 1 del 13/04/2026 Pag. 1/3
	INFORMAZIONE E CONSENSO AI TRATTAMENTI SANITARI PER PAZIENTE MAGGIORENNE	

Allegato 1


COGNOME Del/della paziente		NOME	
DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA	
UNITÀ OPERATIVA		OSPEDALE	
DIAGNOSI o indirizzo diagnostico			
TRATTAMENTO SANITARIO PROPOSTO (atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo)			

Si procede al suddetto trattamento sanitario per consenso presunto/stato di necessità (L. 219/2017, art. 1, comma 7 e art 54 c.p.), 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).

INFORMAZIONI FORNITE DURANTE IL COLLOQUIO

Su richiesta del paziente il colloquio avvenuto alla presenza di: (è possibile barrare più voci) <input type="checkbox"/> l'amministratore di sostegno (cognome e nome) _____ <input type="checkbox"/> il tutore/ il curatore (cognome e nome) _____ <input type="checkbox"/> la persona di fiducia (cognome e nome) _____ <input type="checkbox"/> altri (specificare) _____
In assenza di rinuncia parziale sono state fornite le informazioni relative a: <ul style="list-style-type: none"> - Diagnosi od orientamento diagnostico - Indicazione ed aspettative migliorative/risultati attesi del trattamento - Modalità di esecuzione dell'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo - Vantaggi e limiti prevedibili - Rischi e/o complicanze prevedibili (anche in riferimento all'eventuale concomitanza di altre patologie del caso specifico) - Eventuali possibili alternative al trattamento proposto (comprese le loro aspettative migliorative / rischi / complicanze) - Conseguenze prevedibili della mancata esecuzione del trattamento - Accertamenti, visite e terapie eventualmente necessarie nel percorso che precede e segue il trattamento - Altro (specificare) _____

Inoltre con i limiti della volontà del paziente ad una informazione anche solo parziale (segnare obbligatoriamente l'opzione attuata)

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza</p> <p>Direzione Sanitaria Direzione Assistenziale</p>	<p>PROCEDURA AZIENDALE INFORMAZIONE E ACQUISIZIONE CONSENSO PER ACCERTAMENTI E TRATTAMENTI SANITARI</p> <p>INFORMAZIONE E CONSENSO AI TRATTAMENTI SANITARI PER PAZIENTE MAGGIORENNE</p>	<p>ALL Versione 1 del 13/04/2026 Pag. 2/3</p>
---	--	---

Allegato 1

a supporto delle suddette informazioni è stato illustrato e consegnato materiale informativo specifico, nonché è stata trattenuta copia controfirmata dal/la paziente e/o dalla persona di fiducia o dal rappresentante legale: amministratore di sostegno (eventuale co-firmatario), tutore, curatore

in assenza di materiale informativo appositamente predisposto, si annota in cartella clinica (o in altra documentazione sanitaria) la sintesi delle informazioni trasmesse verbalmente durante il colloquio facendo firmare per presa visione il/la paziente, e/o persona di fiducia, o il rappresentante legale: amministratore di sostegno, tutore, curatore

E' stato fornito il seguente recapito telefonico da poter contattare per chiarimenti: _____

<p style="text-align: center;">FIRMA</p> <p><input type="checkbox"/> il paziente <input type="checkbox"/> l'amministratore di sostegno <input type="checkbox"/> il tutore/curatore <input type="checkbox"/> la persona di fiducia</p>	<p>DATA _____</p> <p>TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO</p>
---	--

ESPRESSIONE DEL CONSENSO/DISSENSO

Avendo ben compreso le informazioni ricevute, confermando di aver potuto richiedere ulteriori spiegazioni,

ACCONSENSO all'effettuazione del trattamento sanitario proposto

<p style="text-align: center;">FIRMA</p> <p><input type="checkbox"/> il paziente <input type="checkbox"/> l'amministratore di sostegno <input type="checkbox"/> il tutore/curatore <input type="checkbox"/> la persona di fiducia</p>	<p>Data</p> <p>TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO</p>
---	--

Pur avendo ben compreso le informazioni ricevute e dando atto di aver potuto richiedere ogni spiegazione a riguardo, consapevole delle possibili conseguenze negative correlate ad una esecuzione solo parziale del trattamento o alla sua mancata esecuzione o al rinvio dello stesso o ad una


ACCONSENSO solo ai seguenti atti diagnostico-terapeutici:

(specificare) _____

<p style="text-align: center;">FIRMA</p> <p><input type="checkbox"/> il paziente <input type="checkbox"/> l'amministratore di sostegno <input type="checkbox"/> il tutore/curatore <input type="checkbox"/> la persona di fiducia</p>	<p>Data</p> <p>TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO</p>
---	--

NON ACCONSENTO all'effettuazione del trattamento sanitario proposto

<p style="text-align: center;">FIRMA</p>	<p>Data</p>
--	-------------

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza</p> <p>Direzione Sanitaria Direzione Assistenziale</p>	<p>PROCEDURA AZIENDALE INFORMAZIONE E ACQUISIZIONE CONSENSO PER ACCERTAMENTI E TRATTAMENTI SANITARI</p> <p>INFORMAZIONE E CONSENSO AI TRATTAMENTI SANITARI PER PAZIENTE MAGGIORENNE</p>	<p>ALL Versione 1 del 13/04/2026 Pag. 3/3</p>
---	--	---

Allegato 1

<input type="checkbox"/> il paziente <input type="checkbox"/> l'amministratore di sostegno <input type="checkbox"/> il tutore/curatore <input type="checkbox"/> la persona di fiducia	<p>TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO</p>
--	----------------------------------

REVOCO il consenso in precedenza prestato all'esecuzione del trattamento sanitario proposto

<p>FIRMA</p> <input type="checkbox"/> il paziente <input type="checkbox"/> l'amministratore di sostegno <input type="checkbox"/> il tutore/curatore <input type="checkbox"/> la persona di fiducia	<p>Data</p> <p>TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO</p>
---	--

L'Azienda USL di Piacenza (titolare) tratta i dati personali raccolti nel presente modulo per adempiere agli obblighi legali previsti dalla legge 219/2017 ("Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"). I dati personali potranno essere comunicati a soggetti autorizzati coinvolti nel percorso di cura del paziente e nei casi specificatamente previsti dalla legge o qualora l'interessato lo autorizzi, a soggetti pubblici e privati che agiscono in qualità di titolari autonomi. Questo modulo sarà conservato unitamente alla documentazione sanitaria del paziente e per la medesima durata. Ulteriori informazioni sul trattamento dei dati personali incluse le modalità di esercizio dei diritti, sono consultabili nella sezione privacy del sito internet dell'Azienda USL di Piacenza