

## **SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE – NOTA INFORMATIVA**

### **Introduzione**

La scintigrafia polmonare perfusionale è un esame semplice da eseguire e non doloroso per il/la paziente. Questo esame consente di studiare il modo in cui i polmoni ricevono sangue.

### **Controindicazioni**

Nessuna

### **Preparazione**

La scintigrafia polmonare perfusionale **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 in caso di esame programmato**

Tutta la documentazione che riguarda il motivo per cui è stata richiesta la scintigrafia polmonare perfusionale. In particolare, **il giorno dell'appuntamento dovrà presentarsi con:**

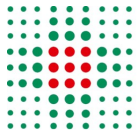
- Il presente modulo che compilerà insieme al Medico Nucleare;
- La ricetta per la scintigrafia polmonare perfusionale;
- Il referto dell'ultima visita medica specialistica durante la quale le è stato prescritto l'esame scintigrafico;
- Eventuali esami radiologici eseguiti recentemente;
- L'elenco dei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

### **Come si svolge**

Se eseguito come esame programmato, 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.

Se eseguito in regime di ricovero, lei verrà direttamente condotto al reparto di Medicina Nucleare.

In entrambi i casi il Medico le spiegherà 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, un tecnico sanitario di radiologia medica



la farà stendere sul lettino della nostra macchina fotografica (chiamata “Gamma-camera”), ed il medico nucleare le inietterà in una vena, generalmente del braccio, il “radiofarmaco” (o “tracciante radioattivo”) specifico per il suo esame. Il radiofarmaco si concentrerà lungo i vasi che portano sangue ai suoi polmoni e da qui emetterà radiazioni, permettendoci di “fotografarli”. 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). Lei dovrà rimanere sdraiato su questo lettino per **circa 10 minuti**. In totale, quindi, per svolgere questo esame servono **circa 20 minuti**. Finito l’esame potrà tornare in reparto o al proprio domicilio.


**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.

**Nel caso tornasse al proprio domicilio**, 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 \_\_\_\_\_

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

### Allegato 1


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

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

|                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                        |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
|  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>EMILIA-ROMAGNA<br/>Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza</p> <p>Direzione Sanitaria<br/>Direzione Assistenziale</p> | <p>PROCEDURA AZIENDALE INFORMAZIONE E ACQUISIZIONE<br/>CONSENSO PER ACCERTAMENTI E TRATTAMENTI SANITARI</p> <p><b>INFORMAZIONE E CONSENSO AI<br/>TRATTAMENTI SANITARI PER PAZIENTE MAGGIORENNE</b></p> | <p>ALL<br/>Versione 1<br/>del 13/04/2026<br/>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<br/><input type="checkbox"/> l'amministratore di sostegno<br/><input type="checkbox"/> il tutore/curatore<br/><input type="checkbox"/> la persona di fiducia</p> | <p>DATA _____</p> <p>TIMBRO E FIRMA<br/>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<br/><input type="checkbox"/> l'amministratore di sostegno<br/><input type="checkbox"/> il tutore/curatore<br/><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<br/><input type="checkbox"/> l'amministratore di sostegno<br/><input type="checkbox"/> il tutore/curatore<br/><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<br/>EMILIA-ROMAGNA<br/>Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza</p> <p>Direzione Sanitaria<br/>Direzione Assistenziale</p> | <p>PROCEDURA AZIENDALE INFORMAZIONE E ACQUISIZIONE<br/>CONSENSO PER ACCERTAMENTI E TRATTAMENTI SANITARI</p> <p><b>INFORMAZIONE E CONSENSO AI<br/>TRATTAMENTI SANITARI PER PAZIENTE MAGGIORENNE</b></p> | <p>ALL<br/>Versione 1<br/>del 13/04/2026<br/>Pag. 3/3</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

**Allegato 1**

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

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

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

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