

## **LA TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) CEREBRALE CON 123I-IOUFLOPANO – NOTA INFORMATIVA**

### **Introduzione**

La tomoscintigrafia (SPET) cerebrale con 123I-Iouflopato è un esame semplice da eseguire e non doloroso per il/la paziente. Questo esame consente di studiare il modo in cui funzionano alcune “centraline” del nostro cervello che controllano i movimenti e che si chiamano “nuclei della base”.

### **Controindicazioni**

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

### **Preparazione**

La tomoscintigrafia (SPET) cerebrale richiede la sospensione di alcuni farmaci che potrebbero rendere tale indagine non attendibile. Il suo specialista neurologo di riferimento le indicherà quali farmaci eventualmente sospendere e per quanti giorni farlo in previsione della scintigrafia (**ATTENZIONE: 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 tomoscintigrafia (SPET) cerebrale con 123I-Iouflopato. In particolare, **il giorno dell’appuntamento dovrà presentarsi con:**

- Il presente modulo che compilerà insieme al Medico Nucleare;
- La ricetta per la tomoscintigrafia (SPET) cerebrale con 123I-Iouflopato;
- Il referto dell’ultima visita medica specialistica neurologica 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 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. Allo scopo di proteggere la sua ghiandola tiroidea dalle radiazioni usate per questa scintigrafia il medico nucleare le chiederà di assumere per bocca alcune gocce di un farmaco che si chiama **IRENAT**<sup>®</sup> (perclorato di sodio). Prima di somministrarle queste gocce, lo stesso medico nucleare le chiederà di firmare il modulo di consenso specifico. Alla fine del colloquio, 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 dentro i nuclei della base 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). In seguito il medico la farà sedere in una apposita sala di attesa (la cosiddetta Sala di attesa “calda) per **circa tre ore**. Durante questo tempo, se ne avesse necessità, potrà utilizzare gli appositi servizi igienici che le indicherà il personale). Al termine dell’attesa un tecnico sanitario di radiologia medica la farà stendere sul lettino della nostra macchina fotografica (chiamata “Gamma-camera”). Lei dovrà rimanere sdraiato su questo lettino per circa **40 minuti**. In totale, quindi, per svolgere questo esame servono **circa 4 ore**.

#### **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.

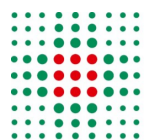
**TUTTAVIA, nelle 24 ore successive all’esame** lei dovrà:

- 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 **3 giorni**. Questo serve per tutelare l’ambiente. Dopo 3 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 3 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: 0523-303421.**

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:

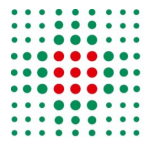
1. Modalità di esecuzione della procedura diagnostica (o terapeutica, in caso di terapia ambulatoriale);
2. Finalità della procedura diagnostica (o terapeutica, in caso di terapia ambulatoriale);
3. Eventuali contro-indicazioni relative ed assolute alla procedura (o al trattamento, in caso di terapia 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 0523/303421.

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 \_\_\_\_\_

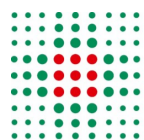
### **QUINDI ACCONSENTO**

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**

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

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.

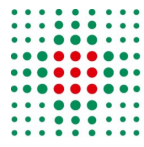
Firma del/la paziente		
Firma dei genitori	(Padre)	(Madre)
Firma del tutore (o curatore o amministratore di sostegno)		

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).



## CONSENSO INFORMATO IRENAT TROPFEN

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ acconsento ad assumere **IRENAT TROPFEN** (perclorato di sodio in gocce), secondo indicazione del medico nucleare, farmaco non inserito nella farmacopea italiana, ma regolarmente registrato in quella europea e pertanto utilizzabile anche in Italia a carico del SSN, ai sensi della legge 648/96.

Suddetto farmaco è indicato nella radioprotezione della tiroide nel caso dell'esecuzione di indagini medico-nucleari con traccianti iodati.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_