

SCINTIGRAFIA OSSEA/ARTICOLARE SEGMENTARIA POLIFASICA (incl. ev. tomoscintigr.) – NOTA INFORMATIVA

Introduzione

La scintigrafia ossea/articolare segmentaria polifasica è un esame semplice da eseguire e non doloroso per il/la paziente. Questo esame consente di studiare il modo in cui le cellule delle nostre ossa si rinnovano.

Controindicazioni

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

Preparazione

La scintigrafia ossea/articolare segmentaria polifasica **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**). Le ricordiamo di portare con sé due bottigliette di acqua da 500 ml.

Documentazione da portare

Tutta la documentazione che riguarda il motivo per cui è stata richiesta la scintigrafia ossea/articolare segmentaria polifasica. In particolare, **il giorno dell'appuntamento dovrà presentarsi con:**

- Il presente modulo che compilerà insieme al Medico Nucleare;
- La ricetta per la scintigrafia ossea/articolare segmentaria polifasica;
- 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 tecnico sanitario di radiologia medica la farà stendere sul lettino della nostra "macchina fotografica"

(Gamma-camera) e quindi posizionerà il registratore di radiazioni in corrispondenza della zona del suo corpo da studiare. Solo allora il medico nucleare le inietterà in una vena, generalmente del braccio, il “radiofarmaco” (o “tracciante radioattivo”) specifico per il suo esame. Il radiofarmaco si depositerà sulle sue ossa e da qui emetterà radiazioni, permettendoci di “fotografare” il suo scheletro. 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). Dopo l’iniezione, lei rimarrà sdraiata/o sul lettino della Gamma-camera per **circa 10 minuti**. Durante questo tempo la Gamma-camera registrerà le immagini del passaggio del radiofarmaco nella zona del corpo da studiare. In seguito il tecnico di radiologia medica la farà sedere in una apposita sala di attesa (la cosiddetta Sala di attesa “calda) per circa **due ore e mezza**. Durante questo tempo lei **dovrà bere almeno 1 litro di acqua** (che dovrà portare con sé da casa) **ed urinare spesso** (usi i servizi igienici indicati dal 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 tra i **15 e i 30 minuti**. In totale, quindi, per svolgere questo esame servono **circa 3 ore**. 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)

 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. 2/3
	INFORMAZIONE E CONSENSO AI TRATTAMENTI SANITARI PER PAZIENTE MAGGIORENNE	

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: _____

FIRMA <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	DATA _____ TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
---	--

ESPRESSIONE DEL CONSENSO/DISSENSO

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

ACCONSENSO all'effettuazione del trattamento sanitario proposto

FIRMA <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	Data _____ TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
---	---

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) _____

FIRMA <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	Data _____ TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
---	---

NON ACCONSENTO all'effettuazione del trattamento sanitario proposto

FIRMA	Data
-------	------

 <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	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 <input type="checkbox"/> l'amministratore di sostegno <input type="checkbox"/> il tutore/curatore <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