

## **SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE – NOTA INFORMATIVA**

### **Introduzione**

La scintigrafia renale sequenziale è un esame semplice da eseguire e non doloroso per il/la paziente. Questo esame consente di studiare il modo in cui funzionano i suoi reni.

### **Controindicazioni**

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

### **Preparazione**

La scintigrafia sequenziale renale (se richiesta con stimolo diuretico) **potrebbe richiedere la sospensione di alcuni farmaci in grado di rendere tale indagine non attendibile**. Il suo specialista nefrologo/urologo 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**).

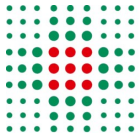
### **Documentazione da portare**

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

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

### **Come si svolge**

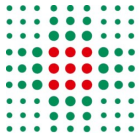
Il giorno del suo esame dovrà presentarsi allo sportello CUP posto al Piano 1 dell'edificio polichirurgico per la procedura di accettazione. Qui la nostra segretaria le darà le prime indicazioni per recarsi presso il reparto di Medicina Nucleare e le dirà anche come e quando potrà ritirare il risultato. 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. Durante il colloquio il personale infermieristico le somministrerà per via endovenosa una flebo di soluzione fisiologica.

A seconda del quesito clinico per cui è stata richiesta questo esame, la scintigrafia potrà svolgersi secondo tre diverse modalità:

1. Valutazione della funzionalità renale separata: al termine del colloquio con il medico un nostro tecnico sanitario di radiologia, la inviterà a vuotare la vescica e quindi la farà stendere sul lettino della nostra macchina fotografica (chiamata "Gamma-camera") che posizionerà in prossimità del suo addome. A questo punto il medico nucleare le inietterà in una vena, generalmente del braccio, il "radiofarmaco" (o "tracciante radioattivo") specifico per il suo esame, che raggiungerà i suoi reni 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 **20 minuti**. Al termine di questa fase, il personale tecnico la inviterà a scendere dalla gamma-camera e ad andare in bagno ad urinare per vuotare la vescica. Quindi, il personale tecnico la inviterà nuovamente a stendersi sul lettino della gamma-camera per altri 5 minuti, durante i quali verranno registrare immagini dei suoi reni a vescica vuota.
2. Valutazione della presenza di stenosi (restringimento) del giunto pielo-ureterale: in questo caso la prima parte dell'esame coincide con quanto descritto sopra al punto 1. Al termine di questa fase, il medico valuterà se terminare l'indagine o se proseguire eventualmente con la somministrazione di un farmaco diuretico (furosemide). Una volta somministrato, **l'indagine proseguirà per ulteriori 20 minuti** durante i quali la nostra "macchina fotografica" acquisirà immagini dei suoi reni. In totale, quindi, per svolgere questo esame serve **circa 1 ora**. Al termine di questa fase, il personale tecnico la inviterà a scendere dalla gamma-camera e ad andare in bagno ad urinare per vuotare la vescica. Quindi, il personale tecnico la inviterà nuovamente a stendersi sul lettino della gamma-camera per altri 5 minuti, durante i quali verranno registrare immagini dei suoi reni a vescica vuota.
3. Valutazione della presenza di stenosi (restringimento) dell'arterie renale: durante il colloquio il medico le misurerà la pressione arteriosa. Successivamente il personale infermieristico le posizionerà un accesso venoso periferico attraverso il quale le verrà somministrato il farmaco ACE-inibitore (enalapril). A questo punto verrà nuovamente fatto accomodare in sala di attesa per circa 60 minuti. Al termine di questa attesa il medico la richiamerà e le misurerà nuovamente la pressione arteriosa. Quindi il personale infermieristico le somministrerà per via endovenosa una flebo di soluzione fisiologica. Un nostro tecnico sanitario di radiologia la inviterà a vuotare la vescica e quindi la farà stendere sul lettino della nostra macchina



fotografica (chiamata “Gamma-camera”) che posizionerà in prossimità del suo addome. A questo punto il medico nucleare le inietterà in una vena, generalmente del braccio, il “radiofarmaco” (o “*tracciante radioattivo*”) specifico per il suo esame, che raggiungerà i suoi reni e da qui emetterà radiazioni, permettendoci di “fotografarli”. Lei dovrà quindi rimanere sdraiato su questo lettino per circa **20 minuti**. Al termine di questa fase, il personale tecnico la inviterà a scendere dalla gamma-camera e ad andare in bagno ad urinare per vuotare la vescica. Quindi, il personale tecnico la inviterà nuovamente a stendersi sul lettino della gamma-camera per altri 5 minuti, durante i quali verranno registrate immagini dei suoi reni a vescica vuota. In totale, quindi, per svolgere questo esame serve **circa 1 ora e 30 minuti**.

### **Una volta finito l’esame**

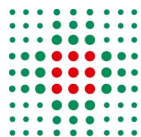
Potrà tornare a casa (il radiofarmaco che le inietteremo **NON** influirà sulle sue capacità di guidare l’automobile) e potrà riprendere tutte le sue normali attività ed abitudini di vita e di alimentazione. In caso avesse sospeso l’assunzione di alcuni farmaci per eseguire la scintigrafia, al termine di questa procedura potrà riprenderli abitualmente.

**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: 0523-303421.**



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:

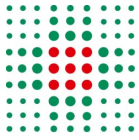
1. Modalità di esecuzione della procedura diagnostica (o terapeutica, in caso di terapia ambulatoriale);
2. Finalità della procedura diagnostica (o terapeutica, in caso di terapia ambulatoriale);
3. Eventuali contro-indicazioni relative ed assolute alla procedura (o al trattamento, in caso di terapia 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 È  
STATO SPIEGATO DAL DR./SSA \_\_\_\_\_

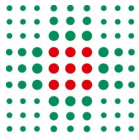
## QUINDI ACCONSENTO

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).