

## ROLL - SNOLL - NOTA INFORMATIVA

### **Introduzione**

La ROLL/SNOLL è un esame semplice da eseguire e non doloroso per la paziente che deve essere sottoposta a chirurgia per tumore al seno.

### **Controindicazioni**

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

### **Preparazione**

**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**

Tutta la documentazione che riguarda il motivo per cui è stata richiesta la scintigrafia.

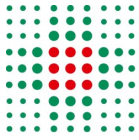
### **Come si svolge**

#### **ROLL (localizzazione radioguidata di lesione occulta)**

La procedura si svolge in due momenti diversi. Una volta arrivata presso il Centro Salute Donna (CSD) dovrà presentarsi in segreteria per la procedura di accettazione. A questo punto verrà chiamata dal medico radiologo dentro un ambulatorio dove si svolgerà l'esame. Il Medico Nucleare 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. A seconda delle caratteristiche del del suo seno e del problema per cui è stato richiesto queste esame, la procedura si potrà svolgere sotto-guida ecografica o mammografica. In entrambi i casi il Medico Nucleare e il Medico Radiologo le somministreranno una piccola quantità di farmaco debolmente radioattivo in corrispondenza del seno sede di malattia. La procedura è rapida, non determina dolore per la paziente e non provoca alcun tipo di allergia (anche in pazienti allergici a farmaci ed alimenti). Dopo l'iniezione lei verrà condotta in Medicina Nucleare dove sarà invitata a **sedersi in una apposita sala di attesa (attesa "calda") per almeno 10 minuti**. Al termine dell'attesa un nostro tecnico sanitario di radiologia medica la farà stendere sul lettino della nostra macchina fotografica (chiamata "Gamma-camera") che le "scatterà fotografie" al seno per circa **10 minuti**.

#### **SNOLL (localizzazione di lesione occulta e di linfonodo sentinella)**

Successivamente alla procedura ROLL eseguita, il Medico Nucleare le inietterà un'ulteriore piccola quantità di farmaco debolmente radioattivo in corrispondenza vicino all'areola del seno coinvolto da malattia. Anche questa procedura è rapida, non determina dolore per la paziente e non provoca alcun tipo di allergia (anche in pazienti allergici a farmaci ed alimenti). Dopo l'iniezione lei verrà condotta in Medicina Nucleare dove sarà invitata a **sedersi in una apposita sala di attesa**



**(attesa “calda”) per almeno 15 minuti. Durante questo tempo lei dovrà massaggiarsi il seno** secondo le indicazioni ricevute dal Medico Nucleare. In questo modo il radiofarmaco avrà il tempo di distribuirsi in modo ottimale lungo le vie linfatiche. 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 **15 minuti**. Una volta localizzato il linfonodo sentinella, il Medico Nucleare provvederà a segnare la sua posizione sulla pelle con un pennarello indelebile.


Tuttavia, in seni particolarmente voluminosi o densi, nonostante il massaggio, il passaggio del radiofarmaco all’interno del linfonodo potrebbe risultare rallentato. In questo caso la durata complessiva dell’esame dal momento dell’iniezione potrebbe prolungarsi o potrebbe essere necessario procedere ad una seconda iniezione di radiofarmaco (in accordo con i colleghi chirurghi).

#### **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.

**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> <b>EMILIA-ROMAGNA</b> 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
	<b>INFORMAZIONE E CONSENSO AI          TRATTAMENTI SANITARI PER PAZIENTE MAGGIORENNE</b>	

### 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"> <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 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><b>INFORMAZIONE E CONSENSO AI TRATTAMENTI SANITARI PER PAZIENTE MAGGIORENNE</b></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><b>INFORMAZIONE E CONSENSO AI TRATTAMENTI SANITARI PER PAZIENTE MAGGIORENNE</b></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