

SCINTIGRAFIA LINFOGHIANDOLARE SEGMENTARIA (LINFOSCINTIGRAFIA PER NEOPLASIA MAMMARIA) - NOTA INFORMATIVA

Introduzione

La scintigrafia per la ricerca di linfonodo sentinella è un esame semplice da eseguire e non doloroso per il/la paziente. Questo esame consente di segnalare al collega chirurgo la proiezione cutanea del linfonodo sentinella in caso di tumore del seno.

Controindicazioni

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

Preparazione

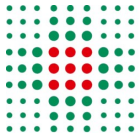
La scintigrafia per la ricerca di linfonodo sentinella **NON** richiede preparazione, **NON** richiede il digiuno e **NON** richiede che lei sospenda l'assunzione della sua abituale terapia farmacologica (**NON SOSPENDA MAI I SUOI FARMACI DI SUA INIZIATIVA E SENZA AVERE CONSULTATO IL SUO MEDICO**).

Documentazione da portare

Tutta la documentazione che riguarda il motivo per cui è stata richiesta la scintigrafia per la ricerca di linfonodo sentinella.

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 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. Alla fine del colloquio, in collaborazione con il medico radiologo, il Medico Nucleare le somministrerà una piccola quantità di farmaco debolmente radioattivo nelle immediate vicinanze del tumore al seno. A seconda delle caratteristiche e della storia clinica della paziente, questa iniezione può avvenire sotto guida ecografica o mammografica. Dopo l'iniezione lei verrà condotta in Medicina Nucleare dove sarà invitata a **sedersi in una apposita sala di attesa (attesa "calda") per circa 1 ora. 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. La **durata complessiva di questo esame è di circa 1 ora e 30 minuti**. 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.

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 _____

 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)

 <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. 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>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