

SCINTIGRAFIA CEREBRALE CON FP-CIT I-123 (DaTSCAN®)

FOGLIO INFORMATIVO E CONSENSO INFORMATO

A che cosa serve?

- Risulta utile nella valutazione dei disturbi neurodegenerativi.

Cosa si deve sapere?

- Si presenti in medicina nucleare all'ora stabilita in fase di prenotazione con l'impegnativa del medico curante.
- Porti con sé la documentazione sanitaria, soprattutto quella relativa ad esami eseguiti in strutture private o fuori provincia.
- Non è necessario il digiuno.
- Dovrà aver sospeso eventuali farmaci interferenti 24 ore prima dell'esame, (es. anfetamina, benzotropina, bupropione, metilfenidato, cocaina, mazindolo, clomipramina, Imipramina, Desipramina, Trimipramina, Sertralin, Noritriptilina, sertalina, citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, dosulepina, maprotilina, amitriptilina), come da indicazioni fornite in fase di prenotazione. Non smetta mai di prendere i suoi farmaci abituali di sua iniziativa e senza le indicazioni del suo medico.
- I farmaci comunemente impiegati nella terapia della malattia di Parkinson non interferiscono e pertanto non devono essere sospesi.
- Lo Iodio radioattivo utilizzato per l'esame viene fornito dalla ditta produttrice il giorno dell'appuntamento stesso, per questo motivo potrebbero verificarsi dei ritardi dovuti all'arrivo del radiofarmaco.
- Eviti di essere accompagnato da minori e/o donne in gravidanza.

Quanto tempo si deve considerare per l'esame?

- Consideri circa 5 ore per l'intera esecuzione dell'esame.

Come si svolge l'esame?

- Dovrà bere un bicchiere d'acqua contenente delle gocce di perclorato di sodio (Irenat®) che hanno la funzione di bloccare la captazione dello Iodio da parte della tiroide.
- Dopo circa 30 minuti le verrà fatta un'iniezione endovenosa del radiofarmaco.
- A distanza di circa 3-4 ore avrà inizio la seconda parte per l'acquisizione delle immagini.
- Starà disteso sul lettino per circa 40 minuti, la testa verrà fissata con delle fasce ad evitare movimenti.
- Al termine dell'esame dovrà attendere alcuni minuti per il controllo della corretta acquisizione delle immagini.

Quali sono i possibili rischi e le eventuali controindicazioni?

Non sono riportati eventi avversi dopo la somministrazione del radiofarmaco, che non è tossico per l'organismo, essendo costituito da analoghi di molecole normalmente presenti nell'organismo.

Inoltre, il rischio da radiazioni (preventivamente valutato dal medico nucleare in funzione del beneficio che le verrà dall'esecuzione dell'esame) è minimo.

Quali sono le informazioni aggiuntive per le donne in età fertile?

Non deve essere in gravidanza.

L'allattamento al seno costituisce una seconda controindicazione per cui anche in questo caso è necessario informare il Medico che valuterà la necessità dell'esecuzione dell'esame e indicherà l'eventuale intervallo di sospensione dell'allattamento stesso.

NOTA:

Eviti di stare a diretto contatto con donne in gravidanza e bambini per almeno 36 ore dall'iniezione del radiofarmaco.

CONSENSO INFORMATO PER INDAGINE DIAGNOSTICA DA ESEGUIRSI PRESSO IL SERVIZIO DI MEDICINA NUCLEARE

Io sottoscritto/a _____

nata/o nata/o a _____ il _____

dichiaro di essere stata/o informata/o in modo dettagliato con termini e modi a me comprensibili sulle modalità di esecuzione, sulle finalità dell'indagine e sui possibili rischi connessi all'esame diagnostico al quale verrò sottoposta/o.

Ho potuto porre al medico le domande che ritenevo importanti, in particolare per quanto riguarda rischi ed eventuali complicazioni relative all'indagine.

Mi è stato concesso un tempo ragionevole per la riflessione, in seguito alla quale dichiaro di non avere ulteriori domande, di essere completamente d'accordo e consapevole della necessità di questo esame per la mia salute e di sottopormi volontariamente all'indagine in oggetto ed alla somministrazione del radiofarmaco.

Per le donne in età fertile:

Escludo presunta gravidanza o gravidanza in atto al momento dell'esame diagnostico.

Sono al corrente del fatto che, qualora esistesse un dubbio anche minimo di possibile gravidanza, dovrò informare il medico specialista per eventuale rinvio dell'esame per motivi radioprotezionistici.

Bolzano, li _____

Firma del/della paziente
(o del/della Rappresentante legale)

Timbro e Firma del medico

si consegna foglio informativo

Autorizzazione al trattamento dei dati personali per scopi scientifici per studi retrospettivi

Il/la sottoscritto/a autorizza la raccolta, l'elaborazione e la pubblicazione dei propri dati, resi anonimi, in ambito di ricerca per scopi scientifici.

Bolzano, li _____

Firma del/della paziente _____