

## LINFONODO SENTINELLA (MELANOMA)

### FOGLIO INFORMATIVO E CONSENSO INFORMATO

#### A che cosa serve?

- Viene utilizzato per l'identificazione del linfonodo sentinella.

#### Cosa si deve sapere?

- Presentarsi in medicina nucleare all'orario stabilito in fase di prenotazione, in genere al mattino stesso del giorno dell'intervento chirurgico oppure al pomeriggio del giorno precedente l'intervento chirurgico, secondo accordi col chirurgo inviante.
- Per l'esame non è necessario il digiuno, salvo che per il successivo intervento chirurgico.
- Può continuare ad assumere l'eventuale terapia in corso.

#### Quanto tempo si deve considerare?

- Calcoli all'incirca 1 ora per l'intera esecuzione dell'esame.

#### Come si svolge l'esame?

- Il medico nucleare eseguirà 4 o 5 iniezioni sottocutanee di una piccola quantità di radiofarmaco attorno alla cicatrice cutanea nella sede della precedente asportazione del melanoma.
- Se possibile subito dopo dovrà massaggiare la sede di iniezione per circa un quarto d'ora oppure eseguirà dei movimenti per facilitare la migrazione del radiofarmaco verso il linfonodo sentinella.
- Verranno quindi acquisite le immagini scintigrafiche di durata variabile in base alla sede della lesione. Da ultimo verranno eseguite misurazioni della radioattività esterna tramite una sonda, per localizzare la proiezione cutanea del linfonodo sentinella, che verrà segnata sulla pelle (non invasivo).
- Il linfonodo sentinella verrà poi asportato dal chirurgo in sala operatoria e analizzato in Anatomia Patologica.

#### 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 12 ore dall'iniezione del radiofarmaco.

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

Io sottoscritta/o \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Lorenz-Böhler-Str. 5 | 39100 Bozen  
Tel. 0471 438313  
E-mail: mednuc.bz@sabes.it

Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen

Via Lorenz Böhler, 5 | 39100 Bolzano  
Tel. 0471 438313

E-mail: mednuc.bz@sabes.it

Ragione sociale: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano