

SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI

FOGLIO INFORMATIVO E CONSENSO INFORMATO

A che cosa serve?

- Risulta utile nell'identificazione delle ghiandole paratiroidi ingrandite e iperfunzionanti.

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 relativa all'esame, soprattutto quella eseguita in strutture private o fuori provincia, gli esami di laboratorio (calcemia, paratormone ed esami della tiroide) e l'ecografia del collo.
- Non deve aver eseguito TAC con mezzo di contrasto nel mese precedente l'esame, in caso contrario la preghiamo di spostare l'appuntamento per la scintigrafia paratiroidea.
- Dovrà aver sospeso per almeno 2 settimane la terapia con levotiroxina (Eutirox[®], Tirosint[®] o Tiche[®]), come da indicazioni in fase di prenotazione. Potrà riprendere il farmaco il giorno successivo all'esame.
- Se assume Amiodarone o qualsiasi altro farmaco contenente iodio, si prega di informare per tempo il personale medico del Dipartimento di Medicina Nucleare.
- Non è necessario il digiuno.
- Eviti di essere accompagnato da minori e/o donne in gravidanza.

Quanto tempo si deve considerare?

- Calcoli circa 4 ore per l'intera esecuzione dell'esame.

Come si svolge l'esame?

- L'esame si compone di 2 parti, la prima dura circa 90 minuti, la seconda viene eseguita dopo circa 2 ore e dura 10 minuti.
- Le verranno iniettati per via endovenosa due radiofarmaci in due tempi diversi.
- Dopo ciascuna iniezione verranno acquisite le immagini mirate al collo ed alla porzione superiore del torace.
- Seguirà un tempo di attesa di circa 2 ore, nel quale può uscire dal reparto.
- La seconda parte dell'esame consiste in un'acquisizione senza ulteriore iniezione.
- Durante l'acquisizione delle immagini, dovrà rimanere disteso sul lettino, evitando di muoversi.
- 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 24 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