



DATI PAZIENTE (etichetta se disponibile)

Nome: _____

Cognome: _____

Data di nascita: ___ / ___ / _____

VERIFICA: LF
APPROVAZIONE: QUALITÀ: SC-DMP: A.P

CONSENSO INFORMATO PER PROCEDURE DI MEDICINA NUCLEARE CONVENZIONALE (CON TECNICA SCINTIGRAFICA PLANARE E/O SPET)

Dati del paziente:

Cognome e Nome sesso M F
nato/a il ___ / ___ / ___ a Recapito telefonico
Residente a in via n.

Questa informazione al consenso viene presentata a:

Paziente

Genitori (per i minori indicare i dati dei due genitori)
Primo genitore: Cognome e Nome nato il ___ / ___ / _____
Secondo genitore: Cognome e Nome nato il ___ / ___ / _____

Tutore Amministratore di sostegno
 Cognome e Nome nato il ___ / ___ / _____

dal Dott./Dott.ssa: Cognome:..... Nome:

UOC Telefono

1. Condizioni/motivazioni cliniche per cui si propone l'esecuzione dell'esame scintigrafico e/o SPET:

In base al quesito diagnostico proposto dal medico curante e dopo accurata anamnesi raccolta dal medico nucleare, le viene suggerita la procedura più appropriata con *scelta mirata del radiofarmaco e del protocollo di acquisizione delle immagini*, al fine di ottenere una migliore pianificazione diagnostico-terapeutica per:

Ho compreso le condizioni cliniche per cui mi si propone la procedura?
 Sì Ho chiesto ulteriori chiarimenti

2. Informazioni e rischi riguardo all'esame scintigrafico

Le indagini medico-nucleari sono esami diagnostici utili in campo oncologico, cerebrale degenerativo, endocrinologico, polmonare, nefro-urologico, ecc., che permettono di ottenere informazioni relative alla struttura e alla funzionalità di un organo o di un apparato. Queste indagini





DATI PAZIENTE (etichetta se disponibile)
Nome: _____
Cognome: _____
Data di nascita: ___ / ___ / _____

VERIFICA: LF
APPROVAZIONE: QUALITÀ: SC-DMP: A.P

sono eseguite mediante la somministrazione, generalmente per via endovenosa, di un radiofarmaco specifico per l'organo o per la funzione da studiare. I radiofarmaci **non sono** mezzi di contrasto e non inducono reazioni avverse significative (allergie o intolleranze) né particolari sensazioni di calore o bruciore localizzato o diffuso. Anche l'esposizione alle radiazioni ionizzanti è solitamente modesta. La registrazione di radiazioni "gamma" emesse dai radiofarmaci distribuiti nell'organismo avviene mediante apposite apparecchiature, le "Gamma-Camere" in grado di definire immagini scintigrafiche statiche, dinamiche e tomografiche (SPET), espressione della distribuzione in vivo di tali radiofarmaci. **E' importante sottolineare che, a differenza delle apparecchiature radiologiche, la "Gamma-Camera" non emette radiazioni ma si limita a rilevare le radiazioni emesse dal paziente.** Per cui ogni ulteriore scansione eseguita su giudizio del medico nucleare non comporta ulteriore irraggiamento per il paziente, ma solo un suo impegno in termini di "tempo speso" in reparto. In particolare ciò avviene per l'acquisizione di immagini tomografiche (SPET) generalmente di maggior durata rispetto all'immagine planare, ma utili a rilevare la distribuzione del radiofarmaco in modalità tridimensionale.

Avvertenze particolari esistono per le donne in età fertile, in quanto la somministrazione del radiofarmaco è controindicata in caso di gravidanza in atto o presunta, a causa dell'irradiazione all'embrione/feto. Per cui il sospetto di una gravidanza deve essere comunicato immediatamente al Medico Nucleare che valuterà l'opportunità di eseguire l'esame o inviare ad altra procedura. Precauzioni vanno adottate anche in caso di allattamento al seno, per cui il medico nucleare valuterà e indicherà l'eventuale intervallo di sospensione dell'allattamento stesso.

Queste informazione le vengono fornite in ottemperanza al DLgs 101/2020 che disciplina le norme fondamentali di sicurezza contro i pericoli derivanti dalle esposizioni a radiazioni ionizzanti, con riferimento alle esposizioni mediche.

Firmi qui se esclude lo stato di gravidanza

Ho compreso le informazioni e i rischi riguardo la procedura?

 Sì

 Ho chiesto ulteriori chiarimenti

Consegna di materiale informativo: INFORMATIVA PER IL PAZIENTE SOTTOPOSTO A PROCEDURE DIAGNOSTICHE DI MEDICINA NUCLEARE: SCINTIGRAFIE e TOMOSCINTIGRAFIE (SPET) (SC.01.570)

3. Benefici attesi:

Proporre delle ipotesi diagnostiche, soddisfare le richieste cliniche dei medici proponenti l'esame.

Ho compreso i benefici attesi?

 Sì

 Ho chiesto ulteriori chiarimenti



DATI PAZIENTE (etichetta se disponibile)
Nome: _____
Cognome: _____
Data di nascita: __ / __ / ____

VERIFICA: LF
APPROVAZIONE: QUALITÀ: SC-DMP: A.P

4. Possibili alternative relative a quanto proposto:

Altre metodiche non invasive, quali ecografia, RM, TC, possono fornire importanti informazioni morfologiche, complementari ma non sostitutive della metodica medico-nucleare, che essendo un esame prevalentemente funzionale, rispecchia un processo fisio-patologico nell'ambito di un organo o di un tessuto, con possibilità in alcune procedure di esprimere le informazioni ricavate anche in forma di parametri numerici, ottenendo dati di ordine semiquantitativo o quantitativo.

Ho compreso le eventuali possibili alternative relative a quanto proposto?

 Sì

 Ho chiesto ulteriori chiarimenti

5. Possibili conseguenze nel caso non venga eseguito quanto proposto:

Ritardo o incompletezza nella raccolta delle informazioni necessarie ad una migliore pianificazione diagnostico/terapeutica per la patologia in esame.

Ho compreso le conseguenze derivanti dalla mancata esecuzione?

 Sì

 Ho chiesto ulteriori chiarimenti

DICHIARAZIONE DEL MEDICO

Io sottoscritto/a..... dichiaro di aver informato sulle condizioni cliniche e sui relativi possibili trattamenti, procedure ed accertamenti, in modo chiaro, con linguaggio semplice, assicurandomi della sua comprensione, di aver risposto ad ogni domanda e prendere atto della sua libera decisione di seguito espressa.

Data __ / __ / ____

Firma del medico..... Matr:



DATI PAZIENTE (etichetta se disponibile)

Nome: _____

Cognome: _____

Data di nascita: __ / __ / ____

VERIFICA: LF
APPROVAZIONE: QUALITÀ: SC-DMP: A.P

ESPRESSIONE DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto le informazioni che mi hanno permesso di comprendere le mie condizioni cliniche e il trattamento/esame proposto, anche alla luce degli ulteriori chiarimenti da me richiesti. Valutate le informazioni ricevute:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

all'esecuzione della procedura SCINTIGRAFICHE E/O SPET

Sono stato informato/a del fatto che in ogni caso potrò revocare il consenso che qui sto esprimendo.

Data __ / __ / ____
sostegno

Firma del paziente/genitori/tutore/amministratore di

.....
.....

Per minori maturi: è stato informato il minore maturo Firma del minore.....

Firma dell'eventuale mediatore culturale

Testimone (se presente): Nome.....Cognome.....

Rapporto con il paziente.....

Firma.....

REVOCA DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a, dopo essere stato informato sulle motivazioni e la natura dell'atto clinico proposto, sui suoi benefici, rischi, alternative, e sulle conseguenze nel caso in cui non venga eseguito, revoco il consenso qui precedentemente espresso.

Data __ / __ / ____

Firma del paziente/genitori/tutore/amministratore di sostegno

.....
.....

