



## UOC MEDICINA NUCLEARE CONSENSO INFORMATO PER PROCEDURE PET/CT

**Data**

<p><b>Responsabile Unità Operativa</b></p> <p>Dott. <b>Riccardo Benti</b></p> <p>Tel. Segreteria 0255033377 <b>Fax:</b> 0255035510</p> <p>Tel.reparto 02-55033413</p>	<p><i>Gentile Signore/a,</i></p> <p><i>Nella relazione di cura fra medico e paziente è importante che vi siano dei momenti in cui confrontarsi sulle scelte di salute: in particolare, è suo diritto ricevere tutte le informazioni necessarie per poter scegliere in modo consapevole. Questo documento ha lo scopo di affiancare il medico nel fornirle un'informazione corretta e completa riguardo le sue condizioni cliniche e l'accertamento in questione, affinché Lei possa esprimere una scelta libera e informata.</i></p> <p>Questa informazione al consenso per l'accertamento viene presentata a:</p> <p>COGNOME: _____ NOME: _____</p> <p>DATA NASCITA: _____ LUOGO DI NASCITA: _____</p> <p>SESSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p><b>Il/la Dott./Dott.ssa</b> COGNOME: _____ NOME: _____ che richiede l'esame ne ha spiegato l'utilità al paziente e gli ha consegnato copia del consenso.</p> <p><b>firma del medico richiedente</b> .....</p>
---	--

**1. Condizioni/motivazioni cliniche per cui si propone l'accertamento:**

In base al quesito diagnostico proposto dal medico curante e all'anamnesi raccolta, le viene suggerita la presente procedura medico-nucleare per ottenere una migliore pianificazione diagnostico-terapeutica.

Ho compreso le condizioni cliniche per cui mi si propone l'accertamento?

Sì  Ho chiesto ulteriori chiarimenti

**2. Informazioni riguardo l'accertamento:**

L'esame PET/CT è una procedura diagnostica che permette di ottenere informazioni relative all'attività di alcuni processi patologici, mediante la somministrazione per via endovenosa di un radiofarmaco in grado di "tracciare" alterazioni metaboliche specifiche per alcune patologie. L'apparecchiatura utilizzata nell'indagine PET/CT é costituita da due unità: un tomografo PET (Tomografia ad Emissione di Positroni) ed un tomografo CT (Tomografia Computerizzata). La PET consente l'individuazione di alterazioni metabolico-funzionali, la CT fornisce un'accurata individuazione della sede anatomica in cui tali alterazioni avvengono (migliore localizzazione del processo patologico). **È allegata scheda informativa**

Ho compreso le informazioni riguardo l'accertamento?

Sì  Ho chiesto ulteriori chiarimenti



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

4. Probabilità di successo e insuccesso riguardo l'accertamento:

Per l'esecuzione dell'esame è necessario il digiuno completo (da 6 ore). Eventuali terapie mediche possono essere assunte regolarmente ma solo con acqua. I pazienti diabetici devono sospendere l'insulina o la terapia ipoglicemizzante orale la mattina dell'esame. Non seguire queste prescrizioni costringe a rimandare l'esame ad altra data. Inoltre, la qualità delle immagini diagnostiche potrebbe essere compromessa se durante l'esame, non ci si mantiene immobili, nella posizione richiesta.

Ho compreso le probabilità di successo e insuccesso riguardo l'accertamento?

Sì  Ho chiesto ulteriori chiarimenti

5. Rischi connessi con l'accertamento:

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 (glucosio, aminoacidi, ecc.), che tracciano la biodistribuzione in vivo di queste molecole e visualizzano i processi patologici tramite il tomografo PET. Inoltre il rischio da radiazioni (preventivamente valutato dal Medico Nucleare in funzione del beneficio che le verrà dall'esecuzione dell'esame) è minimo e simile a quello di un comune esame radiologico.

Ho compreso i rischi connessi con l'accertamento?

Sì  Ho chiesto ulteriori chiarimenti

6. Possibili conseguenze e problemi di recupero:

Non esistono problemi legati all'esecuzione di procedure diagnostiche di Medicina Nucleare. **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. L'allattamento al seno costituisce una seconda controindicazione per cui è necessario informare il medico che valuterà e indicherà l'eventuale intervallo di sospensione dell'allattamento stesso.

Ho compreso i possibili esiti e problemi di recupero connessi con l'accertamento?

Sì  Ho chiesto ulteriori chiarimenti

7. 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 PET, che essendo un esame prevalentemente funzionale, consente di definire in termini di metabolismo cellulare le alterazioni nell'ambito di un organo o di un tessuto.

Ho compreso le possibili alternative relative a quanto proposto?

Sì  Ho chiesto ulteriori chiarimenti

8. Possibili conseguenze nel caso non venga eseguito l'accertamento:

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 che esegue l'accertamento**

Io sottoscritto/a ..... dichiaro di aver informato il paziente sulle procedure ed accertamenti possibili, 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.....n° matr.....

**FIRMA INFORMATIVA**

Io sottoscritto/a ..... dichiaro di aver ricevuto informazioni che mi hanno permesso di comprendere le mie condizioni cliniche e l'accertamento propostomi, anche alla luce degli ulteriori chiarimenti da me richiesti.

Data ...../...../.....

Firma del paziente.....

Firma dell'eventuale mediatore culturale .....

**ESPRESSIONE DEL CONSENSO**

*Le viene qui richiesto di dichiarare o di rifiutare il suo consenso per l'accertamento che La riguarda. In ogni caso Lei potrà comunque, in qualsiasi momento successivo, revocare il consenso che qui sta esprimendo.*

Io sottoscritto/a ..... , valutate le informazioni ricevute:

**ACCONSENTO**

**NON ACCONSENTO**

All'accertamento propostomi,

Data ...../...../.....

Firma del paziente.....

**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 cui mi espongo nel caso in cui non venga eseguito, revoco il consenso precedentemente espresso.

Data ...../...../.....

Firma del paziente .....

Rival: 03/04/2018