



DATI PAZIENTE (etichetta se disponibile)

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

VERIFICA: LF

APPROVAZIONE: QUALITÀ: SC-DMP: BT

## CONSENSO INFORMATO a TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA E TEST DA SFORZO

### 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 della Tomoscintigrafia Miocardica:

In base al quesito diagnostico proposto dal medico curante e all'anamnesi raccolta, le viene suggerita l'esecuzione della tomoscintigrafia miocardica con test da sforzo per ottenere una migliore pianificazione diagnostico-terapeutica.

Ho compreso le condizioni cliniche per cui mi si propone la procedura?

Sì  Ho chiesto ulteriori chiarimenti

### 2. Informazioni e rischi riguardo alla Tomoscintigrafia Miocardica:

La tomoscintigrafia miocardica è lo studio non invasivo della perfusione miocardica a riposo e dopo test provocativo (test fisico o farmacologico). Quando un ramo coronarico presenta un restringimento o un'ostruzione, il territorio a valle subirà una diminuzione del flusso sanguigno (ipoperfusione). La diminuita irrorazione cardiaca può essere sufficiente in condizioni di riposo, ma talora non sotto sforzo. Le verrà iniettato per via endovenosa un radiofarmaco che, emettendo una modesta quantità di radiazioni, consentirà di visualizzare mediante un'apparecchiatura specifica la sua distribuzione (perfusione) a livello cardiaco. Dopo la somministrazione del radiofarmaco (sia a riposo che dopo sforzo) è necessario un tempo medio di attesa di circa un'ora prima dell'acquisizione delle immagini. Prima dell'esecuzione dell'esame, Lei sarà valutato dal medico nucleare e, prima dello sforzo, dal cardiologo, il quale accerterà che non sussistano condizioni per rinviare o sospendere la prova, che sarà eseguita mediante tappeto scorrevole o su cyclette, o ancora



DATI PAZIENTE (etichetta se disponibile)

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

VERIFICA: LF  
APPROVAZIONE: QUALITÀ: SC-DMP: BT

mediante infusione di un farmaco in grado di provocare uno stress cardiaco, qualora lo stress fisico non fosse praticabile. In caso di test farmacologico con dipiridamolo, il cardiologo valuterà l'ulteriore assenza di controindicazioni specifiche all'uso di tale farmaco.

**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.

**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 AL PAZIENTE PER L'ESECUZIONE DI TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (SPET) DI PERFUSIONE DOPO STIMOLO E A RIPOSO (SC.02.570)

**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

**4. Possibili alternative relative a quanto proposto:**

Altre metodiche non invasive, quali ecostress, RM-cardiaca, Angio-TC, possono fornire informazioni complementari ma non sostitutive della metodica scintigrafica.

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:**

Nel caso in cui non venga eseguito l'accertamento si potrà verificare un ritardo o una mancata diagnosi.

Ho compreso le conseguenze derivanti dalla mancata esecuzione?

Sì  Ho chiesto ulteriori chiarimenti

**DICHIARAZIONE DEL MEDICO NUCLEARE**

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: BT

### **DICHIARAZIONE DEL MEDICO CARDIOLOGO**

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:.....

### **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 **Tomoscintigrafia Miocardica**

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

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Firma del paziente/genitori/tutore/amministratore di sostegno

.....  
.....

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

.....  
.....

