



**SI PREGA DI LEGGERE CON ATTENZIONE LE INDICAZIONI RIPORTATE NEL PRESENTE DOCUMENTO.**

## **PET/CT CEREBRALE con <sup>18</sup>F-FDG**

**INTERNI/RICOVERATI: RICHIESTA DEL MEDICO TRAMITE SSI**

**ESTERNI: Una unica RICETTA DEMATERIALIZZATA DEL SSN indicando:**

**92.11.6\_0 PET Cerebrale Qualitativa**

### **PRENOTAZIONE**

Gli utenti esterni prenotano l'indagine diagnostica inviando una e-mail all'indirizzo [medicina.nucleare@aopd.veneto.it](mailto:medicina.nucleare@aopd.veneto.it) o contattando la segreteria della Medicina Nucleare.

Per i pazienti ricoverati la prenotazione è effettuata tramite SSI.

**SIA PER PAZIENTI INTERNI SIA PER ESTERNI IL MODULO ALLEGATO (MODULO Nr.1) VA COMPILATO DAL MEDICO ED INVIATO ALLA MAIL: [medicina.nucleare@aopd.veneto.it](mailto:medicina.nucleare@aopd.veneto.it)**

**SI RACCOMANDA NEL COMPILARE GLI ALLEGATI DI:**

- Indicare chiaramente il QUESITO clinico, il PESO (in caso di BMI >37 o peso >140 Kg contattare la Medicina Nucleare), l'ALTEZZA del paziente, la GLICEMIA A DIGIUNO se il paziente è **DIABETICO** e il tipo di **TERAPIA** (indicando farmaco e orari di assunzione).
- Indicare un recapito telefonico (interno ospedaliero o cellulare) ed e-mail ove contattare il richiedente/paziente.
- Inviare eventuale documentazione dello specialista richiedente/consulente o altra documentazione richiesta.
- Indicare **CHIARAMENTE LA NECESSITÀ DI SEDAZIONE** che potrà, normalmente, essere eseguita solo per pazienti interni e andrà concordata con i colleghi anestesisti.

### **MODALITÀ DI PREPARAZIONE**

- È richiesto il digiuno da 6 ore unitamente ad una buona idratazione.
- Ulteriori istruzioni verranno comunicate insieme all'orario di appuntamento ai pazienti con diabete mellito o alterazioni della glicemia a digiuno.
- Non compiere sforzi fisici importanti ed evitare di assumere alcolici e carboidrati (Es. pane, riso, pasta patate e dolci) il giorno che precede l'indagine.

### **ALL'ARRIVO IN MEDICINA NUCLEARE:**

- È essenziale il rispetto dei tempi indicati anche in considerazione del breve decadimento del radiofarmaco (~110 min). Per ragioni tecniche potrebbe non essere possibile garantire con precisione l'orario in cui la prestazione sarà conclusa.
- Sarà richiesta l'acquisizione del consenso informato. Nel caso di minori è essenziale la presenza di almeno 1 genitore (con delega dell'altro genitore).
- In caso di barriera linguistica concordare le modalità con la segreteria.

### **ACCOMPAGNATORI**

- Eventuali accompagnatori, se non strettamente necessari (bambini, pazienti bisognosi di assistenza, barriera linguistica ecc), dovranno attendere fuori della UOC.



## MODALITÀ DI ESECUZIONE

- Una minima quantità di glucosio radioattivo ( $^{18}\text{F}$ -FDG) viene somministrata tramite una normale iniezione endovenosa.
- Tempo di attesa iniezione-acquisizione: 40-60 minuti. Durante questo intervallo il/la paziente dovrà bere circa  $\frac{1}{2}$  litro di acqua e non potrà uscire dall'area appositamente destinata all'attesa dei pazienti iniettati ("calda").
- Con il paziente sdraiato sul lettino, viene quindi acquisita una serie di immagini utilizzando un'apparecchiatura che non crea normalmente alcun disagio per circa 15 minuti.
- Il tempo complessivo necessario per completare l'indagine è di circa 2 ore.

## AVVERTENZE DOPO L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE

Incrementare, se possibile, l'assunzione di liquidi al fine di favorire l'eliminazione del radiofarmaco.

- **Adulti:** Per l'intera giornata dell'indagine evitare di rimanere a lungo in stretto contatto (meno di un metro di distanza) con bambini piccoli (specie nei primi anni di vita) o donne gravide.
- **Bambini piccoli o pazienti incontinenti:** vanno lavati utilizzando i guanti; i pannolini sporchi devono essere posti in un sacchetto impermeabile e tenuti da parte per 48 ore, dopo le quali possono essere smaltiti come di consueto.

## CONTROINDICAZIONI

Gravidanza, allattamento.

## EFFETTI COLLATERALI

Nessuno. L'esame non preclude la possibilità di guidare un autoveicolo né di viaggiare su mezzi pubblici

## MODALITÀ RITIRO REFERTI:

- PAZIENTI ESTERNI: ritiro **tramite portale AOUP** (<https://www.aopd.veneto.it/Ritiro-referti-online>)
- PAZIENTI RICOVERATI: Galileo- E-Health

## SEGRETERIA PER INFORMAZIONI:

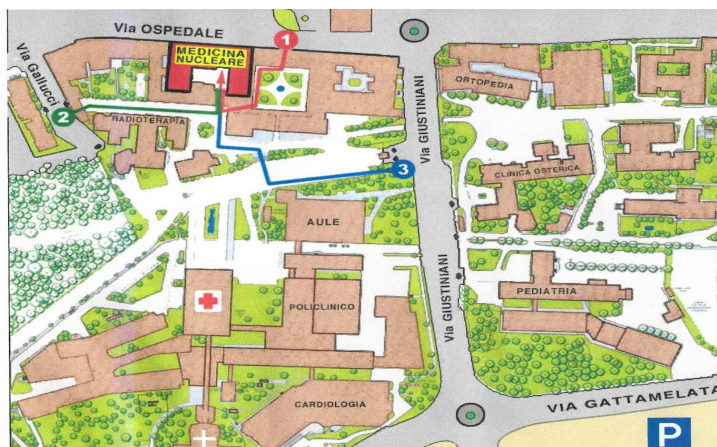
lunedì → venerdì dalle **11:00 alle 14:00** - TEL 049.821.3022

e-mail: [medicina.nucleare@aopd.veneto.it](mailto:medicina.nucleare@aopd.veneto.it)

## COME ARRIVARE:

[Google map](#)

Coordinate GPS: Lat. 45.40353 Lon. 11.88629



**Itinerario ①** – Da Via Ospedale Civile 34 – (ingresso solo pedonale)

Entrare nel cortile antico, procedere fino all'angolo opposto a destra, scendere le scale e girare a destra sotto a breve tunnel

**Itinerario ②** – Da Via Vincenzo Gallucci 13 – ingresso solo pedonale

Procedere per 150 metri fino alla rotonda e girare a sinistra, sotto al breve tunnel

**Itinerario ③** – Da Via Nicolò Giustiniani 2 – ingresso pedonale e automobilistico (se autorizzati)

Entrare dall'ingresso pedonale, proseguire per circa 150 metri fino all'attraversamento pedonale che porta verso padiglione Giustiniano (Ospedale Vecchio), scendere le scale e dirigersi a sinistra fino alla rotonda ed entrare a breve tunnel a destra



**MODULO 1 per la RICHIESTA di INDAGINI PET/CT o PET/RM**  
da inviare a: [medicina.nucleare@aopd.veneto.it](mailto:medicina.nucleare@aopd.veneto.it)

COGNOME e NOME PAZ.: \_\_\_\_\_

DATA NASCITA: \_\_\_\_\_ CELLULARE PAZ: \_\_\_\_\_ Altro Contatto: \_\_\_\_\_

PESO \_\_\_\_\_ ALTEZZA \_\_\_\_\_

PROVENIENZA PAZIENTE: ESTERNO  RICOVERATO  Specif. Reparto e TEL: \_\_\_\_\_

**QUESITO CLINICO:** \_\_\_\_\_

**NOTIZIE ANAMNESTICHE:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**TERAPIE IN ATTO O RECENTI / BIOMARKERS /ALTRE INFO:**

**DIABETE:**  NO  SI Se SI indicare ultima glicemia a digiuno \_\_\_\_\_ (mg/dL)

Terapia ipoglicemizzante (insulina rapida/lenta/altro e orari di assunzione) \_\_\_\_\_

ULTIMA **CHEMIOTERAPIA:**  NO  SI Data: \_\_\_\_\_

ULTIMA **IMMUNOTERAPIA:**  NO  SI Data: \_\_\_\_\_

ULTIMA **ORMONOTERPIA:**  NO  SI Data: \_\_\_\_\_

ULTIMA **RADIOTERAPIA:**  NO  SI Data: \_\_\_\_\_

**CHIRURGIA PREGRESSA:**  NO  SI Data: \_\_\_\_\_

DESCRIZIONE CHIRURGIA BREVE: \_\_\_\_\_

**MARKERS** tumorali Quali? \_\_\_\_\_ Valore \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

**Altre informazioni indispensabili:**

Autosufficiente  SI  NO Esplicitare (barella/sedia/catetere/colonstomia/ureterostomia/altro): \_\_\_\_\_

Funzionalità renale  Normale  Ridotta (in tal caso indicare la creatininemia \_\_\_\_\_)

Data \_\_\_\_\_ Medico richiedente (leggibile) e TEL: \_\_\_\_\_

TIMBRO