



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

## **PET/RM CEREBRALE CON [18F]FDG**

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

**ESTERNI: 2 RICETTE DEMATERIALIZZATE DEL SSN distinte indicando:**

***Ricetta 1, per la parte PET i codici da indicare sono:***

**92.11.6\_0 PET Cerebrale Qualitativa**

***Ricetta 2, per la parte RM i codici da indicare sono:***

**a) In caso di Decadimento cognitivo oppure Epilessia indicare:**

**88.91.1\_2 RM del Cervello e del tronco Encefalico**

**b) In caso di Malformazione Arterovenosa (MAV) indicare:**

**88.91.2\_2 RM del Cervello e del tronco Encefalico con MDC**

**88.97.8\_2 RM Diffusione/Perfusione**

**88.91.5\_2 ANGIO RM Del distretto Vascolare Intracranico**

**c) In caso di Neoplasia cerebrale indicare:**

**88.91.2\_2 RM del Cervello e del tronco Encefalico con MDC**

**88.97.8\_2 RM Diffusione/Perfusione**

**d) In caso di Valutazione del carico di Amiloide indicare:**

**88.91.1\_2 RM del Cervello e del tronco Encefalico**

**88.97.8\_2 RM Diffusione/Perfusione**

**e) Altro indicare:**

**88.91.1\_2 RM del Cervello e del tronco Encefalico**

### **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 INOLTRE VANNO COMPILATI I DUE MODULI (MODULO 1 e MODULO 2 ALLEGATI IN CODA AL PRESENTE FILE) CHE VANNO INVIATI 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.



- Compilare, firmare ed inviare l'apposito modulo (modulo Nr.2) di idoneità alla esposizione ai campi magnetici (**la PET/RM espone ad un campo magnetico di 3 Tesla**).
- 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.
- Indicare assunzione di farmaci psicoattivi (es benzodiazepine, barbiturici, oppioidi, narcotici ecc).

### 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 farmaco radioattivo viene somministrata tramite una normale iniezione endovenosa.
- Tempo di attesa iniezione-acquisizione ~60 minuti. Durante questo intervallo il/la paziente dovrà bere circa ½ litro di acqua e non potrà uscire dall'area appositamente destinata all'attesa dei pazienti iniettati ("calda"). In casi particolari (acquisizione dinamica) l'indagine inizia direttamente con l'acquisizione nello scanner e non vi è tempo di attesa.
- Il paziente viene quindi posizionato supino sul lettino del tomografo PET/RM, con una bobina (casco) posizionato sulla testa per la ricezione del segnale. Il tempo di acquisizione delle immagini può variare fra 30 e 60 minuti circa.
- Per pazienti pediatrici o non collaboranti può essere necessario eseguire l'indagine in sedazione, che richiede l'intervento di un anestesista.
- Se l'indagine è eseguita per valutare una patologia epilettica, può essere necessario eseguire acquisizione EEG subito prima di iniziare l'indagine PET/RM.
- 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 24 ore, dopo le quali possono essere smaltiti come di consueto.

### CONTROINDICAZIONI

Gravidanza, allattamento.



REGIONE DEL VENETO

Azienda  
Ospedale  
Università  
Padova

UOC MEDICINA NUCLEARE

Direttore: Prof. Diego Cecchin

## 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:

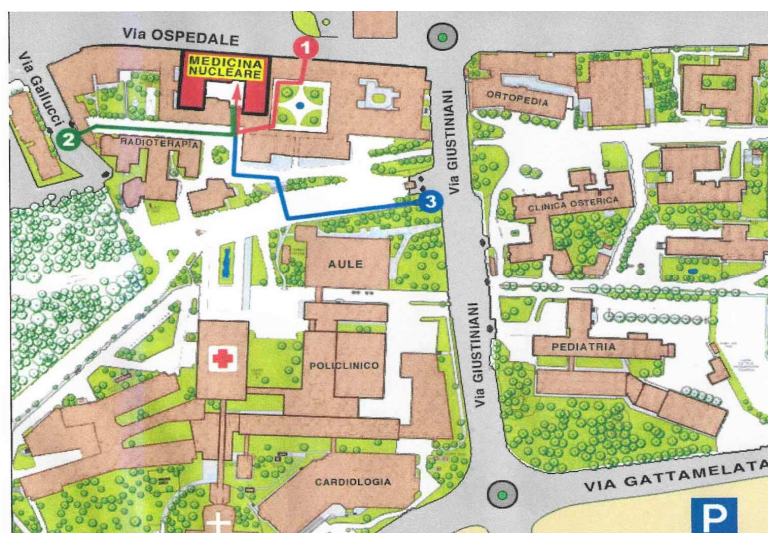
lunedì → venerdì dalle **11:00 alle 14:00** - TEL 049.821.3022

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 al 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 il padiglione Giustiniano (Ospedale Vecchio), scendere le scale e dirigersi a sinistra fino alla rotonda ed entrare nel 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





## **MODULO Nr. 2** SCHEDA INFORMATIVA PER INDAGINE PET/RM

*Gentile utente,*

*prima di sottoporsi all'esame di Risonanza Magnetica, Le consigliamo di leggere le seguenti note che potranno aiutarla ad affrontare con maggior sicurezza e serenità questo esame.*

### **PET**

#### **Cos'è la PET?**

La PET (Positron Emission Tomography) è un'indagine scintigrafica, non invasiva, che permette di studiare l'attività tissutale. Si basa sull'uso di radiofarmaci (emittenti positroni) con speciali caratteristiche. Questi radiofarmaci da un lato consentono di ottenere immagini migliori, più definite, dall'altro sono traccianti più "naturali", rispetto ai radiofarmaci tradizionali. Ad esempio, è possibile "marcare" il normale glucosio (zucchero), oppure altre sostanze normalmente presenti nelle cellule del corpo umano. La PET rappresenta oggi la metodica più innovativa nello studio molecolare di numerose patologie.

I radiofarmaci da noi utilizzati possono essere o forniti da Ditte commerciali autorizzate alla loro produzione e commercializzazione oppure appositamente prodotti come radiofarmaci galenici dal "Servizio di Radiofarmacia e Ciclotrone" dell'Ospedale Sacro Cuore Don Calabria (IRCCS) di Negrar (VR), secondo le norme della "Farmacopea Ufficiale della Repubblica Italiana".

Normalmente, l'indagine PET viene acquisita assieme ad uno studio TC (tomografia computerizzata) e viene denominata pertanto PET/TC. Il nostro centro dispone di una apparecchiatura nella quale è stata sostituita la porzione TC della apparecchiatura con un tomografo RM di ultimissima generazione. Questo comporta notevoli vantaggi: la RM al contrario della TC non comporta l'utilizzo di radiazioni ionizzanti, permette una risoluzione molto migliore, in particolare per alcuni distretti anatomici (cerebrale, cardiaco, pelvico, mammario, tessuti molli ecc.) e permette studi di tipo funzionale.

### **RM**

#### **Cos'è la RM?**

La RM (Risonanza Magnetica) è un'indagine non invasiva che non utilizza raggi X bensì un intenso campo magnetico (nel caso della nostra apparecchiatura l'intensità di campo è pari a 3 tesla) e onde di radiofrequenza (simili alle onde radio). Si ottengono, mediante RM, immagini morfologiche ad alta risoluzione in grado di delineare caratteristiche non visibili con altre metodiche (vascolarizzazione di alcuni tessuti, stato di idratazione del disco intervertebrale, la degenerazione delle articolazioni ecc). La RM è un'indagine indolore e sicura che non utilizza radiazioni ionizzanti (al contrario della TC normalmente utilizzata negli studi PET/TC).

### **PET/RM**

#### **Cos'è la PET/RM?**

Si definisce come PET/RM l'indagine eseguita con un'apparecchiatura di nuova concezione (come quella di cui è dotata la nostra UO) che permette l'acquisizione simultanea dell'indagini PET ed RM.

Il paziente verrà invitato a firmare un apposito, dettagliato modulo di consenso unico PET/RM.

L'apparecchiatura PET/RM è configurata per mantenere l'esposizione al campo elettro-magnetico durante l'esecuzione dell'indagine (quantificata come "Specific Absorption Rate [SAR]") entro i limiti previsti dalla normativa Europea (norma tecnica CEI EN 60601-2-33), che sono più alti di quelli previsti dalla normativa italiana. I limiti nazionali verranno però superati (sempre rimanendo entro i limiti europei) solo qualora ciò fosse ritenuto necessario dallo specialista responsabile della conduzione dell'esame, al fine di ottenere informazioni ottimali per rispondere al quesito diagnostico che ci ha posto il Suo medico curante che ha richiesto l'esame.

Per migliorare la qualità delle immagini e rendere più accurata la diagnosi il medico può decidere di iniettare un mezzo di contrasto paramagnetico (il gadolinio) generalmente privo di effetti collaterali (se il paziente non è affetto da grave insufficienza renale o è in attesa di trapianto di fegato).

**L'attenta compilazione del questionario** che ha ricevuto, garantisce la prevenzione di possibili **gravi incidenti**.

#### **Procedura di esecuzione dell'indagine PET/RM**

Prima dell'indagine dovrà rimanere a digiuno per almeno 6-8 ore ed essere ben idratato (bere almeno ½ litro di acqua non contenente zuccheri nell'ora che precede l'iniezione del radiofarmaco). Non viene richiesta nessuna particolare preparazione ma si raccomanda di non utilizzare trucco agli occhi/viso nel caso si debba effettuare una RM cerebrale perché alcuni tipi di cosmetici possono produrre artefatti (alterazioni) nelle immagini.



Dopo le procedure di accettazione e di anamnesi, verrà invitato a togliere qualsiasi indumento od oggetto contenente metallo (orologi, orecchini, protesi dentarie mobili, fermagli, collane, bottoni, cinture, qualunque tipo di apparecchiatura elettronica, bande magnetiche che possono essere danneggiate dal campo magnetico come per esempio le carte di credito, ecc.). Verrà quindi fatto accomodare in un lettino ove Le verrà effettuata un'iniezione e.v. (normalmente in una vena del braccio) e dovrà rimanere a riposo per 30-60 minuti.

Verrà quindi invitato ad urinare e sarà accompagnato nella sala ove è installata l'apparecchiatura PET/RM. Verrà disteso su un lettino che si muoverà attraversando un anello del diametro di circa 70 cm e della lunghezza di circa un metro. In questa fase (della durata generalmente variabile da 40 a 70 minuti, a seconda del quesito diagnostico) dovrà mantenere **l'assoluta immobilità** perchè movimenti, anche piccoli, possono compromettere la qualità delle immagini. Durante l'esame la sentirà un forte **rumore ritmico** causato dal normale funzionamento dell'apparecchiatura; Le verranno fornite cuffie o tappi auricolari di protezione. Verrà costantemente monitorato mediante telecamere e potrà comunicare, in qualsiasi momento, con gli operatori presenti in sala comando; il microfono collocato all'interno dell'abitacolo è costantemente attivo. In qualsiasi momento l'esame può essere sospeso senza alcuna conseguenza. L'indagine non è dolorosa e dura circa tre ore (compresi i tempi d'attesa).

Una volta lasciata la struttura di medicina nucleare potrà dedicarsi alle comuni occupazioni in quanto la PET/RM non altera in alcun modo le capacità individuali e la guida. Si ricordi tuttavia che Lei risulterà debolmente radioattivo per alcune ore dopo l'indagine e pertanto è sconsigliabile, fino al giorno successivo, un prolungato contatto (meno di due metri di distanza) con bambini piccoli e donne in stato di gravidanza.

#### **Ci sono controindicazioni all'esame PET/RM?**

**Controindicazione assoluta** all'indagine è la **gravidanza** in atto. Controindicazioni relative, che vanno discusse caso per caso con il medico nucleare, sono **l'allattamento**, la grave **claustrofobia**, il diabete (specie se mal controllato), la recente chirurgia (meno di un mese), la recente radioterapia e la recente chemioterapia.

Inoltre, a causa dell'elevato campo magnetico generato dal sistema **non possono sottoporsi all'esame pazienti portatori di dispositivi metallici/elettronici impiantabili** (a solo titolo di esempio, non esaustivo, **pace-maker, protesi/impianti vascolari/chirurgici** (se non amagnetici), **protesi metalliche, neuro stimolatori, cateteri con elementi metallici, impianti per udito, impianti per infusione di farmaci, protesi del cristallino con elementi metallici, corpi intrauterini metallici, schegge da incidenti/caccia**).

A giudizio del medico nucleare/radiologo verrà richiesta la certificazione di compatibilità elettromagnetica (rilasciata dal servizio che ha effettuato l'intervento) del materiale utilizzato per la protesi/impianto.

La somministrazione di mezzo di contrasto paramagnetico è controindicata in pazienti con **insufficienza renale grave** (GFR<30 ml/min/1.73m<sup>2</sup>) o in attesa di trapianto di fegato, dal momento che, con alcuni tipi di contrasto, sono stati descritti, in un numero molto esiguo di casi, Fibrosi Sistemica Nefrogenica e Dermopatia Nefrogenica Sclerosante. L'indagine è inoltre controindicata in pazienti portatori di **anemia falciforme**.

#### **Prima di sottoporsi all'esame è necessario:**

- **il digiuno non è indispensabile; è preferibile, salvo diversa indicazione (es. esami del tratto gastro-intestinale), essere a digiuno da almeno 2 ore se l'esame deve essere effettuato con mezzo di contrasto;**
- **asportare dal volto eventuali cosmetici e trucchi;**
- **lasciare in custodia ad un accompagnatore o nello spogliatoio (avvisare il personale presente di quanto si lascia in spogliatoio) tutti gli oggetti metallici (fermagli per capelli, forcine, mollette, occhiali, fibbie, orologio, chiavi, orecchini, catenine, piercing, ecc.), i tesserini magnetici e le carte di credito;**
- **togliere eventuali apparecchi per udito, dentiere mobili, cinta sanitaria, lenti a contatto;**
- **indossare solamente il camice ospedaliero che troverà nello spogliatoio;**
- **allegare, se portatori di protesi/impianti, le specifiche tecniche dei dispositivi o la dichiarazione dello specialista esecutore dell'impianto, comprendente informazioni sull'eventuale compatibilità con la risonanza magnetica;**

**NB: Il radiofarmaco utilizzato per l'esecuzione dell'esame deve essere necessariamente preparato dalla Radiofarmacia nelle prime ore del mattino stesso dell'esame; pertanto, se la preparazione non dovesse superare i Controlli di Qualità (capita nel 5-10% circa dei casi), l'indagine verrà inevitabilmente annullata all'ultimo momento.**



## QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER INDAGINE PET/RM

Il questionario ha lo scopo di accertare l'**assenza di controindicazioni** all'esame PET/RM; deve essere attentamente **compilato in ogni sua parte** prima che il paziente venga sottoposto a tale indagine. Risposte affermative ad uno o più quesiti possono comportare controindicazione anche assoluta all'esecuzione dell'esame PET/RM. In tal caso il medico radiologo deciderà se il paziente può essere sottoposto all'esame. Compilare il form dopo aver letto accuratamente la scheda informativa.

Il paziente soffre di Claustrofobia	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
<b>Il paziente è portatore di:</b>			
Pacemaker cardiaco	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
Defibrillatori impiantati	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
Valvole cardiache o altri tipi di protesi cardiovascolari comprese trans apicali e percutanee (Tavi)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se Si indicare il tipo, l'anno di impianto _____ e compatibilità con risonanza <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Filtri vascolari – Stent	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se Si indicare la data di impianto ...../...../.....
Protesi all'orecchio	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se Si indicare il tipo, l'anno di impianto _____ e compatibilità con risonanza <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Impianti oculari (molle palpebrali, punti retinici)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
Protesi oculari	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> cristallino <input type="checkbox"/> oculari magnetiche
Clips vascolari ferromagnetiche intracraniche	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
Clips	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> endocraniche <input type="checkbox"/> endovascolari <input type="checkbox"/> cervello <input type="checkbox"/> endorbitarie <input type="checkbox"/> aneurismi aorta
Protesi o viti ortopediche	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
Neurostimolatori o stimolatori di crescita ossea	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
Pompe impiantabili per infusione di farmaci <b>non</b> RM compatibili	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
Cateteri di derivazione spinale o ventricolare	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se Si indicare il tipo e l'anno di impianto _____ e compatibilità con risonanza <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Espansori mammari	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
Protesi peniene	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
Tatuaggi estesi o trucco permanente	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se <b>SI</b> indicare zona del corpo _____
Body piercing	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se <b>SI</b> indicare zona del corpo _____
È stato sottoposto a interventi chirurgici?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se SI indicare data, tipo, sede, di ogni intervento subito: <input type="checkbox"/> Testa <input type="checkbox"/> Estremità <input type="checkbox"/> Torace <input type="checkbox"/> Addome <input type="checkbox"/> Collo <input type="checkbox"/> Altro _____
Potrebbe essere portatore di schegge o frammenti metallici nel suo corpo	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se SI precisare _____ _____
<b>PER LE DONNE IN ETA' FERTILE</b>			
Spirale intrauterina (IUD) e diaframma contraccettivo	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	<b>Si ricorda di contattare il medico ginecologo dopo l'effettuazione dell'esame</b>
Gravidanza presunta o in atto	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Data dell'ultima mestruazione ...../...../.....



**QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER ESECUZIONE DI RISONANZA MAGNETICA  
CON MEZZO DI CONTRASTO**

**(Da compilare solo se l'esame deve essere effettuato con di mezzo di contrasto)**

**DA COMPILARE, A CURA DEL MEDICO CURANTE/PRESCRITTORE  
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI MEZZI DI CONTRASTO:**

**Valutazione funzionalità renale**

Età > 65 anni	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Ipertensione	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Diabete	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Insufficienza epatica grave	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Precedenti patologie renali (comprese chirurgia, dialisi, trapianto)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Attualmente ricoverato	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si

**Se ad una delle 6 domande precedenti la risposta è stata SI, è consigliabile produrre un esame recente (30 gg) della creatininemia.**

Creatininemia \_\_\_\_\_ (mg/dl) e VFG \_\_\_\_\_ eseguito il ...../...../.....  
*Allegare esami di laboratorio e referti diagnostici che definiscono il grado delle condizioni patologiche*

**Eventuali malattie accertate/possibili fattori di rischio**

Insufficienza epatica grave	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
Precedenti somministrazioni di MDC	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> Gadolinio <input type="checkbox"/> Iodato <input type="checkbox"/> Altro _____ In caso di esami RM ripetuti, specificare se è stata eseguita somministrazione di MDC nei 7 gg precedenti. Data ...../...../.....
Precedenti reazioni al MDC	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se si, specificare _____
Eventuali trattamenti farmacologici in atto (esclusa premedicazione)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se si, specificare _____
Precedenti reazioni a farmaci:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se si, a quali farmaci _____
Altre forme allergiche (es. Asma)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se si, specificare _____
Fibrosi polmonare dovuta a infezioni	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se si, specificare _____

**Per le donne in età fertile:**

Gravidanza presunta o in atto	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Data ultima mestruazione ...../...../.....
Allattamento al seno	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Valutare la necessità di scartare il latte nelle 24 ore dopo la somministrazione del mezzo di contrasto.

**A CURA DEL MEDICO CURANTE/PRESCRITTORE:**

In base ai dati anamnestici forniti dal paziente ed ai dati clinici attualmente in mio possesso non si rilevano discrepanze rispetto a quanto dichiarato.

Data ...../...../..... . Firma del medico curante/prescrittore \_\_\_\_\_

**A CURA DEL MEDICO SPECIALISTA RESPONSABILE DELL'ESAME PET/RM:**

Preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica, attesto la non sussistenza di controindicazioni all'esecuzione dell'indagine PET/RM

Data ...../...../..... . Firma del medico responsabile \_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE FINALE, IN COINCIDENZA CON L'INDAGINE PET/RM:**

**Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame**, preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari, **autorizza in coincidenza con l'esame la somministrazione del radiofarmaco e l'esecuzione dell'indagine PET/RM.**

Data ...../...../..... . Firma del medico responsabile \_\_\_\_\_



## MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER INDAGINI PET/RM

Io sottoscritto/a dichiaro:

- 1) di avere precedentemente ricevuto e letto accuratamente la "Scheda Informativa per Indagine PET/RM";
- 2) di aver ricevuto dettagliate spiegazioni circa il fatto che verrò sottoposto a studio mediante apparecchiatura PET/RM, che comporta l'utilizzo di un radiofarmaco (farmaco che emette radiazioni ionizzanti) e l'esposizione ad un campo magnetico ad alta intensità (3 Tesla) e ad onde di radiofrequenza;
- 3) di essere consapevole che l'esame PET/RM potrebbe richiedere la somministrazione di un mezzo di contrasto per via endovenosa e che questo, con un'incidenza non prevedibile né quantificabile ma comunque molto bassa, può comportare reazioni gravi, come shock anafilattico; è pertanto assolutamente indispensabile comunicare al Medico Responsabile dell'esame ogni eventuale tipo di allergia prima dell'esame stesso;
- 4) di essere consapevole che l'indagine è **controindicata in caso di gravidanza** e deve essere preventivamente comunicato al Medico Responsabile dell'esame un eventuale **allattamento**;
- 5) di essere consapevole che, qualora vi fosse una specifica esigenza clinica, identificata dal medico specialista responsabile dell'esame, al fine di ottenere informazioni ottimali per rispondere al quesito diagnostico, l'esposizione al campo elettro-magnetico durante l'esecuzione dell'indagine, quantificata come "Specific Absorption Rate [SAR]" potrà superare i limiti previsti dalla normativa italiana, adottando invece quelli previsti dalla normativa Europea (norma tecnica CEI EN 60601-2-33).

**Ciò premesso, dopo aver riflettuto sulle informazioni ricevute, aver preso attenta visione della nota informativa, ed aver risposto con precisione alle domande del questionario, CONFERMANDO di non rientrare in nessuna delle seguenti categorie:**

- portatore di pacemaker o altri dispositivi cardiaci impiantabili;
- portatore di neurostimolatore impiantabile;
- portatore di altri apparecchi elettronici / impianti metallici non compatibili con la risonanza magnetica;
- insufficienza renale moderata/grave;
- anemia falciforme;
- gravidanza o allattamento in atto;
- in attesa di trapianto epatico.

### ACCETTO

**liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'indagine diagnostica proposta, compreso la somministrazione del mezzo di contrasto, se necessario. Sono a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento.**

**ACCETTO**

**NON ACCETTO**

**che il risultato di questa indagine possa essere utilizzato a scopo didattico e di ricerca scientifica, in modo completamente anonimo, senza cioè che possa essere riconosciuta in alcun modo la mia identità.**

COGNOME ..... NOME .....

DATA DI NASCITA ..... LUOGO DI NASCITA .....

Data ..... Il paziente/utente\* .....

\* Firma del/degli esercente/i la potestà genitoriale in caso di minore - Allegare modello di autocertificazione se presente un solo genitore.

\* Firma del curatore o tutore o amministratore di sostegno in caso di incapacità.