

**SCOPO DELLA SCHEDA**

Le informazioni che Le saranno richieste servono per garantire che l'esame PET/CT (Tomografia ad Emissione di Positroni corredata di localizzazione morfologica CT) si svolga in condizioni di regolarità e di sicurezza. La preghiamo di leggere attentamente questo modulo e di firmarlo.

MODALITÀ D'ESECUZIONE DELL'ESAME

La prestazione PET/CT consiste nella somministrazione per via endovenosa di una piccola quantità di radioisotopo e nella registrazione della sua distribuzione all'interno del corpo.

Si tratta quindi di un esame diagnostico assolutamente non doloroso, né fastidioso. Per gli studi condotti con ^{18}F -Colina, ^{18}F -PSMA, ^{18}F -DOPA, ^{18}F -Amiloide e ^{18}F -FET è preferibile un digiuno di circa 4 ore mentre, per quelli che prevedono la somministrazione di ^{18}F -FDG (glucosio radioattivo), è necessario il digiuno da almeno 6 ore ed una buona idratazione sin dalla sera precedente l'esame inoltre, per i pazienti diabetici, cena ed eventuale colazione almeno 6 ore prima dell'esame, dovranno essere prive di carboidrati (non pasta, pane, biscotti, patate, riso). Condizioni di alterata glicemia a digiuno o di diabete devono essere segnalate al momento della prenotazione al fine di una corretta programmazione dell'esame. Generalmente non è necessario sospendere eventuali terapie in corso; si raccomanda comunque di segnalare eventuali terapie a base di cortisone in atto.

Al momento dell'esecuzione dell'indagine deve essere portata la documentazione disponibile (esami radiologici, cartelle cliniche, eventuali precedenti, ecc.) e la richiesta medica.

La permanenza presso il servizio può variare da 1 a 3 ore a seconda del tipo di radiofarmaco utilizzato, comprensive della fase di premedicazione, somministrazione del radioisotopo e tempo di uptake, registrazione delle immagini per le quali è richiesta l'immobilità. La puntualità del paziente è fondamentale. Peraltro, per la peculiarità dell'indagine, eseguita con sostanze che sono preparate e consegnate al Servizio PET giornalmente, è chiesto al paziente di essere comprensivo dell'eventuale prolungamento non prevedibile del tempo complessivo della prestazione. Talvolta, per migliorare la qualità delle immagini dell'addome, potrebbe rendersi necessaria la somministrazione per via orale di un mezzo di contrasto radiotrasparente non iodato galenico che, in qualche occasione, potrebbe provocare lievi fenomeni intestinali di breve durata. Le condizioni di illuminazione, ventilazione e temperatura della sala riposo e della sala esame sono regolate in modo da assicurare il massimo conforto. La preghiamo quindi di rimanere tranquillo/a per tutta la durata dell'esame, senza impressionarsi se questo si protrarrà per qualche minuto più del previsto. Nella sala esame sono presenti delle telecamere che consentono al personale addetto di seguirla per tutta la durata dell'esame. Non abbia timore di chiamare il personale addetto, se ne avvertirà la necessità.

N.B. L'esame va eseguito ad almeno 30 giorni dal termine di un trattamento chemioterapico, salvo casi di necessità di valutazione dell'efficacia della terapia, quando appropriata e possibile.

L'esame va eseguito ad almeno 2 mesi da un trattamento radioterapico (tempo più lungo per trattamento del polmone), per evitare possibili interferenze nel risultato dell'esame.

INFORMAZIONI RICHIESTE**E' necessario sapere se Lei:**

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1) Ha subito traumi (se sì quali _____) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 2) Ha infiammazioni (se sì quali _____) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 3) E' fumatore/fumatrice | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 4) Soffre di claustrofobia | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 5) Ha difficoltà a mantenere la posizione supina | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 6) E' diabetico/a | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 7) Ha difficoltà di minzione | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 8) Ha in corso o sospetta una gravidanza | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Io sottoscritto/a dichiaro di aver letto attentamente quanto precede e di aver fornito tutte le informazioni richieste, al fine di poter essere sottoposto all'esame prescrittomi.

Data, _____ firma del paziente _____