



### SCOPO DELLA SCHEDA

Le informazioni che Le saranno richieste servono per garantire che l'esame PET-TAC (Tomografia ad Emissione di Positroni corredata di localizzazione morfologica TAC) si svolga in condizioni di regolarità e di sicurezza. La preghiamo di leggere attentamente questo modulo e di firmarlo, come consenso libero e informato dell'esecuzione dell'esame.

### MODALITÀ D'ESECUZIONE DELL'ESAME

La prestazione PET-TAC 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  $^{18}\text{F}$ -Colina,  $^{18}\text{F}$ -DOPA,  $^{18}\text{F}$ -Antiamiloide e  $^{18}\text{F}$ -FET è richiesto un digiuno di circa 4 ore mentre, per quelli che prevedono la somministrazione di  $^{18}\text{F}$ -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 (radiografie, cartelle cliniche, eventuali precedenti, ecc.) e la richiesta medica.

La durata dell'esame è di circa 2 ore, comprensive della fase di premedicazione, somministrazione del radioisotopo, registrazione. La puntualità del paziente è fondamentale. Peraltro, per la sofisticatezza 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. Dopo l'iniezione sarà infatti accompagnato in sala riposo dove Lei dovrà riposare per circa 45/60 minuti. Successivamente sarà accompagnato in sala esame dove dovrà stendersi sul lettino della apparecchiatura e dovrà soltanto mantenere, per un tempo di circa 30 minuti, il miglior grado di immobilità, al fine di consentire la riuscita tecnica dell'esame. 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 assicurarLe il massimo comfort. 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 prescritti.

Data, \_\_\_\_\_ firma del paziente \_\_\_\_\_