

	S.S.N. REGIONE ABRUZZO ASL 2 LANCIANO VASTO CHIETI U.O.C. Medicina Nucleare Direttore Dott. Gianluigi MARTINO		Pag.1/2
	PET-TC con ¹⁸F-FDG	INFSQA07/1	

PET-TC con ¹⁸F-FDG

Indicazioni principali: In ambito oncologico la PET-TC è indicata in fase di stadiazione, ristadiazione, nella valutazione della risposta alla terapia e nella pianificazione del trattamento radioterapico. In ambito neurologico trova indicazione nella valutazione dei pazienti con demenza.

Modalità di esecuzione: l'esame viene eseguito dopo circa 1 ora dalla somministrazione per via e.v. di uno zucchero radioattivo (¹⁸F-FDG) utilizzando un tomografo ibrido in grado di fornire simultaneamente le informazioni morfologiche della TC e quelle funzionali della PET. La durata dell'esame è di circa 30 minuti.

Prenotazione ed informazioni: per la prenotazione è necessario l'invio di un modulo compilato e firmato dal medico richiedente, con allegati i referti delle indagini diagnostiche effettuate, disponibile sul sito internet aziendale. E' inoltre possibile richiedere informazioni al numero della postazione CUP di secondo livello della medicina nucleare (0871-357474).

Preparazione del paziente: i pazienti non diabetici devono essere a digiuno da almeno 6 ore. I pazienti con diabete compensato devono rimanere a digiuno e non devono assumere farmaci ipoglicemizzanti. I pazienti con diabete non compensato devono fare una leggera colazione e assumere la loro TP ipoglicemizzante abituale almeno 6 ore prima dell'orario di esame previsto. La mattina dell'esame non è necessario sospendere le terapie farmacologiche in corso ad eccezione del cortisone. I pazienti sono pregati di indossare abbigliamento comodo e senza accessori metallici.

Documentazione richiesta: il giorno dell'appuntamento il paziente deve portare in visione tutta la documentazione clinica relativa alla patologia in esame, incluse le indagini diagnostiche eseguite (precedenti PET-TC, TC, radiografie, RM etc), con le relative immagini.

Precauzioni al termine dell'esame: per le successive 8 ore il paziente deve evitare il contatto stretto e prolungato con bambini e donne in gravidanza.

Consegna del referto: 5 giorni lavorativi.

Controindicazioni: gravidanza e allattamento.

Con la presente informativa prendo atto che la risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento mi è stata fornita nel corso del colloquio con il Medico.

Io sottoscritto _____ ho letto e compreso quanto sopra.

Firma Paziente _____

Oppure nel caso in cui il soggetto interessato abbia un Rappresentante legale oppure un Delegato:

Io sottoscritto _____ in qualità di Rappresentante legale*
(specificare se tutore, amministratore di sostegno, curatore)

Oppure di Delegato**

Del/la sig./sig.ra _____ ho letto e compreso quanto sopra.

Firma _____

Oppure nel caso di minore:

Il Sottoscritto

Nome _____ Cognome _____

Nato il _____ a _____

Nome _____ Cognome _____

Nato il _____ a _____

In qualità di:

Esercente potestà genitoriale 1 Esercente potestà genitoriale 2

oppure

Rappresentante legale* (specificare se tutore o curatore)

del/la minore _____

ho letto e compreso quanto sopra.

Firma _____

Firma _____

Luogo e data, _____ , _____

Timbro e Firma del Medico _____

N.B. È necessario che siano indicate le generalità dei genitori, del rappresentante legale o del delegato, va inoltre allegata documentazione che indichi i poteri del tutore e dell'amministratore di sostegno e copia del documento di riconoscimento.

* Va allegata documentazione che indichi i poteri del tutore, dell'amministratore di sostegno o del curatore e copia del documento di riconoscimento.

** Nel caso di delega compilare il MODULO SPECIFICO (MRSQA07/6)

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA - PROMEMORIA PER L'ASSISTITO		
Regione		 *0000*		
COGNOME E NOME / INIZIALI DELL'ASSISTITO:		 *0000000001*		
INDIRIZZO:		 *PROVAX00X00X000Y*		
CAP:	CITTA:	PROV:		
ESENZIONE:	SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:	DISPOSIZIONI REGIONALI:	
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE (S.H):	ALTRO:	PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):		
PRESCRIZIONE			QTA	NOTA
89.7B.3 Prima visita Medicina Nucleare 92.18.C Tomografia ad emissione di positroni (PET-TC) Globale Corporea con FDG				
QUESITO DIAGNOSTICO:				
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI:	TIPO RICETTA:	DATA:		
CODICE AUTENTICAZIONE:		 *PROVAX00X00X000Z*		
COGNOME E NOME DEL MEDICO:				

Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DI 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011v