



ASL LECCE

SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

PRESIDIO OSPEDALIERO "VITO FAZZI"
U.O. MEDICINA NUCLEARE - CENTRO PET

Direttore: dott. Angelo Mita
Piazza F. Muratore, 1 - 73100 Lecce
tel. 0832.661591 – Fax 0832.661593

CONSENSO INFORMATO ALL' ESECUZIONE ESAME PET-TC (Tomografia ad emissione di positroni associata ad esame tac)

La PET (Tomografia ad Emissione di Positroni) è una metodica di Medicina Nucleare che allo stato attuale rappresenta l'indagine di punta e la più tecnologicamente avanzata nella diagnostica in campo oncologico in grado di indirizzare la migliore strategia terapeutica.

L'indagine si esegue grazie all'iniezione endovenosa di un farmaco radioattivo positrone emittente, quasi sempre il 18FDG (fluorodesossiglucosio), la cui radioattività è rilevata dalla particolare apparecchiatura, costituita dal tomografo PET cui è associato un tomografo TAC.

Questo consente, attraverso l'utilizzo di particolari algoritmi diagnostici, la fusione delle immagini relative alla distribuzione del radiofarmaco, espressione dello studio metabolico dei sistemi cellulari, quindi di natura funzionale con le immagini TAC che fornisce informazioni morfostrutturali con una migliore e più precisa definizione della sede della lesione.

La somministrazione del 18 FDG non ha effetti collaterali né provoca fenomeni di natura allergica.

Per quel che riguarda il rischio da radiazioni la dose somministrata è ritenuta in ambiti del tutto accettabili. Gli Organismi Internazionali, preposto alla protezione della persona, ritengono limitati i rischi commessi con le dosi di radiazioni assorbire per indagini scintigrafiche (effetti genetici e stocastici)

L'unica accortezza che il/la paziente deve avere è quella di stare lontano dai bambini piccoli e donne in stato di gravidanza per almeno sei ore.

Il/La sottoscritt..... dichiara di aver compreso quanto spiegato dal dott.....riguardante le finalità dell'esame e gli eventuali rischi connessi e pertanto dichiara di acconsentire alla somministrazione del radiofarmaco necessario per l'esecuzione dell'esame stesso.

data.....

FIRMA DEL PAZIENTE
DEL GENITORE O TUTORE SE MINORE
(leggibile e per esteso)

PER PAZIENTI DONNE IN ETA' FERTILE

Data ultima mestruazione.....

Dichiaro di essere a conoscenza della eventuale necessità di rinviare l'esame per motivi radioprotezionistici in caso di gravidanza.

Dichiaro altresì di escludere qualsiasi motivo di sospetto di gravidanza in atto al momento dell'esecuzione dell'esame scintigrafico

data.....

FIRMA DELLA PAZIENTE
(leggibile e per esteso)