

PET-TC CON 68GA-PSMA

FOGLIO INFORMATIVO E CONSENSO INFORMATO

A che cosa serve?

- Risulta utile nella valutazione dei tumori della prostata.

Cosa si deve sapere?

- Si presenti in medicina nucleare all'ora stabilita in fase di prenotazione, con l'impegnativa del medico curante.
- Porti con sé la documentazione sanitaria relativa all'esame soprattutto quella eseguita in strutture private o fuori provincia (esami di laboratorio, esami radiologici).
- Dovrà essere a digiuno da almeno 4 ore, è consigliato bere acqua, ma non bevande zuccherate.
- Eviti di essere accompagnato da minori e/o donne in gravidanza.

Quanto tempo si deve considerare?

- Calcoli circa 2 ore per l'intera esecuzione dell'esame.

Come si svolge l'esame?

- Le verrà iniettato per via endovenosa il radiofarmaco.
- Dovrà attendere circa 1 ora.
- Durante l'acquisizione delle immagini, della durata di circa 30 minuti, dovrà rimanere disteso sul lettino, evitando di muoversi.
- Al termine dell'esame dovrà attendere alcuni minuti per il controllo della corretta acquisizione delle immagini.

Quali sono i possibili rischi e le eventuali controindicazioni?

Non sono riportati eventi avversi dopo la somministrazione del radiofarmaco, che non è tossico per l'organismo, essendo costituito da analoghi di molecole normalmente presenti nell'organismo.

Inoltre, il rischio da radiazioni (preventivamente valutato dal medico nucleare in funzione del beneficio che le verrà dall'esecuzione dell'esame) è minimo.

NOTA:

Eviti di stare a diretto contatto con donne in gravidanza e bambini per almeno 10 ore dall'iniezione del radiofarmaco.

CONSENSO INFORMATO PER INDAGINE DIAGNOSTICA DA ESEGUIRSI PRESSO IL SERVIZIO DI MEDICINA NUCLEARE

Io sottoscritta/o _____

nata/o nata/o a _____ il _____

dichiaro di essere stata/o informata/o in modo dettagliato con termini e modi a me comprensibili sulle modalità di esecuzione, sulle finalità dell'indagine e sui possibili rischi connessi all'esame diagnostico al quale verrò sottoposta/o.

Ho potuto porre al medico le domande che ritenevo importanti, in particolare per quanto riguarda rischi ed eventuali complicazioni relative all'indagine.

Mi è stato concesso un tempo ragionevole per la riflessione, in seguito alla quale dichiaro di non avere ulteriori domande, di essere completamente d'accordo e consapevole della necessità di questo esame per la mia salute e di sottopormi volontariamente all'indagine in oggetto ed alla somministrazione del radiofarmaco.

Bolzano, li _____

Firma del/della paziente
(o del/della Rappresentante legale)

Timbro e Firma del medico

☐ si consegna foglio informativo

Autorizzazione al trattamento dei dati personali per scopi scientifici per studi retrospettivi

Il/la sottoscritto/a autorizza la raccolta, l'elaborazione e la pubblicazione dei propri dati, resi anonimi, in ambito di ricerca per scopi scientifici.

Bolzano, li _____

Firma del/della paziente _____