



SCINTIGRAFIA MIOCARDICA

L'esame è programmato per il giorno _____ alle ore _____

per il giorno _____ alle ore _____

Verrà eseguito in:

doppia seduta

Il giorno dell'appuntamento recarsi all'Ospedale Sacro Cuore - **INGRESSO G** - piano terra.

È necessario presentarsi con 2 impegnative distinte con le seguenti diciture:

Sulla prima indicare:

- 89.43 Test da sforzo al cicloergometro**
89.52 E.C.G.

Sulla seconda indicare:

- 92.09.2 Tomoscintigrafia miocardica (quantità 2)**
92.09.8 Tomoscintigrafia Spet (quantità 2)
89.01.A Visita medico-nucleare di controllo

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ESECUZIONE DELLA SCINTIGRAFIA MIOCARDICA

Descrizione dell'esame

Egr. Sig./ra _____

il suo medico curante, Dott. _____

Le ha spiegato che nel suo caso è consigliata l'esecuzione di un'indagine diagnostica denominata Scintigrafia miocardica da sforzo o con stimolo farmacologico.

Lo scopo è quello di valutare il funzionamento del cuore e la capacità di adattarsi ad uno sforzo fisico.

La tecnica utilizzata consente di ottenere delle immagini che evidenziano la distribuzione del sangue alle varie parti del cuore a riposo e durante sforzo e di valutare la sua capacità di contrarsi. La tecnica utilizza composti radioattivi (Tallio 201 e Tecnezio-99m) che sono somministrati per via venosa e si fissano nel cuore solamente nelle zone che ricevono adeguato apporto sanguigno (quindi non nelle zone infartuate ed ischemiche).

L'esame consiste in due parti: una di pertinenza cardiologia (test da sforzo al cicloergometro o con stimolo farmacologico) ed una di pertinenza medico nucleare che ci permette di ottenere delle immagini del cuore a riposo e sotto sforzo.

Il cicloergometro consiste nell'esecuzione di un monitoraggio elettrocardiografico durante uno sforzo fisico eseguito con carichi di lavoro crescenti su un cicloergometro (bicicletta).

Nell'eventualità di incapacità all'esecuzione di uno sforzo o per altre controindicazioni allo stesso, verrà utilizzata la somministrazione di un farmaco (dipiridamolo, adenosina o dobutamina), per via endovenosa continua a dosi crescenti, secondo un protocollo standardizzato. Questi farmaci agiscono sul suo cuore con meccanismi diversi, ma con obiettivi simili che consistono, analogamente ad uno sforzo, nel far aumentare il lavoro cardiaco.

Dallo sforzo o dall'uso dei farmaci suddetti, possono derivare sintomi quali affaticamento muscolare, difficoltà di respiro, dolori anginosi, variazioni della pressione arteriosa, svenimenti ed eccezionalmente attacchi cardiaci. Nel laboratorio dove sarà eseguito l'esame, sono disponibili attrezzature e personale specializzato in grado di dare una risposta ai rischi derivanti dall'eventuale comparsa delle suddette complicanze.

Nel nostro centro l'esame viene eseguito in regime ambulatoriale, generalmente in due giornate. Nella prima giornata, dopo il test da sforzo, si ottengono immagini del cuore sotto sforzo, nella seconda delle immagini del cuore a riposo.

Il confronto delle immagini ci permette di ottenere informazioni per indirizzare la terapia del caso.

La durata dell'esame è variabile, secondo il protocollo in uso nella seduta, e potrà svolgersi in singola o doppia giornata:

- giorno singolo: l'esame dura circa quattro ore;
- doppia giornata: l'esame dura circa due ore il giorno in cui si svolge la prova da sforzo e un'ora il giorno dell'esame a riposo.

Preparazione del paziente

- La dose di sostanza radioattiva somministrata è minima; è in ogni modo consigliabile evitare il contatto prolungato con bambini o donne in gravidanza per il giorno dell'esame e per il giorno successivo.
- Le pazienti di sesso femminile ed in età fertile devono accertarsi che non esista la possibilità di una gravidanza in atto; in tal caso l'esame non sarà eseguito.
- Se indicato dal medico curante o dallo specialista cardiologo il paziente deve sospendere nelle 24 ore precedenti l'esame la terapia cardiologica antianginosa (b-bloccanti, calcio antagonisti e nitroderivati), gli antiasmatici (aminofillina, bamifillina) ed alcuni preparati antalgici contenenti caffeina.
- Il paziente deve essere a digiuno (eccetto acqua e farmaci consentiti) nelle 12 ore antecedenti l'esame. Non devono essere assunti preparati contenenti teofillina da 48 ore prima dell'esame e contenenti caffeina almeno da 12 ore; sono quindi da evitare tè, caffè, cioccolata, e bevande contenenti cola. Solo se l'esame è prenotato nella tarda mattinata, è consentita una piccola colazione al mattino presto.
- È necessario portare tutta la documentazione cardiologica in proprio possesso in entrambe le giornate.
- Poiché le immagini del cuore possono essere influenzate dal contenuto della colecisti, è necessario che questa venga svuotata rapidamente prima della registrazione delle immagini. A tale scopo è d'obbligo l'assunzione di pasto colecistocinetico contenente uovo che il paziente dovrà portarsi da casa secondo le indicazioni riportate sotto.

È necessario inoltre che, al fine di valutare controindicazioni all'esame e per prevenire difficoltà e complicanze collegate a situazioni patologiche preesistenti, Lei informi il medico riguardo ad eventuale presenza di:

- Cardiomiopatia di grado avanzato
- Infarto miocardico recente
- Ipotensione od ipertensione arteriosa di grado elevato
- Aritmie severe
- Angina instabile
- Stenosi aortica
- Vasculopatia periferica
- Asma bronchiale

Preparazione del pasto colecistocinetico

È necessario, per la buona esecuzione dell'esame, l'assunzione di un pasto colecistocinetico che ha lo scopo di svuotare la colecisti che altrimenti nasconde le immagini del cuore.

A tale scopo il paziente deve portare da casa, in entrambi i giorni, un pasto contenente 2 uova (panino con frittata o uova sode).

Solo per intolleranza all'uovo è consentito un pasto con salumi o formaggio "grasso".

In entrambe le giornate portare anche 1/2 litro di acqua preferibilmente frizzante.

In mancanza di questa preparazione l'esame non potrà essere eseguito!

Se ha compreso le spiegazioni ed ha deciso di sottoporsi all'esame, La preghiamo di firmare sul retro di questo foglio la sua dichiarazione di consenso.

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E DI CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME

Io sottoscritt _____ dichiaro di

essere stat ___ informat ___ in modo esauriente e comprensibile dal Dott. _____
sulle modalità di esecuzione dell'esame e sulle eventuali alternative diagnostiche.

In particolare mi sono state illustrate, anche mediante fogli esplicativi, le possibili complicanze legate all'indagine con particolare riguardo ai rischi specificamente connessi con il mio caso.

Ho comunque appreso che, sulla base della consolidata esperienza clinica, l'utilità dei risultati attesi dall'indagine prevale di gran lunga sui possibili effetti indesiderati.

Preso atto di tutte le informazioni, comprese le eventuali opzioni diagnostiche alternative,

acconsento

non acconsento

all'indagine proposta.

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza che, dinanzi ad impreviste complicanze o emergenze, potrebbe rendersi necessario modificare la procedura concordata o eseguire trattamenti diretti a fronteggiare tali evenienze; se in queste circostanze non fosse possibile interpellarmi, autorizzo sin d'ora ogni trattamento giudicato utile/necessario.

Per quanto a mia conoscenza, dichiaro di:

non essere allergico/a a farmaci

essere allergico/a a _____

Data _____

Firma _____

Il medico _____

PER LE DONNE IN ETÀ FERTILE

Gentile Signora è importante che prima dell'indagine Lei segnali uno stato di gravidanza in atto, sospettata o anche solo possibile, affinché il medico che Le ha prescritto l'esame e lo specialista che dovrebbe eseguirlo possano preventivamente valutare assieme a Lei l'entità oggettiva del rischio, la necessità/urgenza di eseguire l'esame e l'eventuale ipotesi di rischio.

La sua firma "per presa visione" indica che ha bene compreso tutte le informazioni e che **acconsente** all'espletamento dell'esame.

Data _____

Firma _____

IN CASO DI PAZIENTE INCAPACE

Dati del legale rappresentante (in caso di soggetto privo di tutto o in parte di autonomia decisionale):

Nome e Cognome (stampatello) _____

Documento _____ Firma _____ Data _____

INFORMAZIONE DATA AL PAZIENTE TRAMITE INTERPRETE E TESTIMONI

INTERPRETE:

Nome e Cognome (stampatello) _____

Documento _____ Firma _____ Data _____

TESTIMONE:

Nome e Cognome (stampatello) _____

Documento _____ Firma _____ Data _____