	<b>Dipartimento Diagnostica per Immagini</b> Area Gestione Operativa SOC Medicina Nucleare	<b>Codice</b>	<b>Revisione</b>	<b>Pagina</b>
	<b>Informativa e consenso informato</b> Scintigrafia con cellule autologhe marcate (Codice catalogo regionale 9H17 – 9H31)	<b>INF.DDI.51</b>	0	1 di 3

# SCINTIGRAFIA CON CELLULE AUTOLOGHE MARCATE

(Codice catalogo regionale 9H17-9H31)

Questa scheda contiene le informazioni sul trattamento che Le è stato proposto.  
 È invitato comunque, prima di sottoporsi al trattamento, a chiedere al medico ogni particolare che non le sia chiaro.

## IN COSA CONSISTE

Il Medico Nucleare valuta preventivamente la congruità e l'appropriatezza della richiesta dell'esame, sulla base dei dati clinici e del quesito diagnostico proposto (D. Lgs. 101/20).

La scintigrafia con i leucociti marcati è un esame non invasivo che permette di valutare la presenza di alcuni tipi di infezioni e infiammazioni.

Lo scopo dell'imaging medico-nucleare è quello di identificare la sede del processo infettivo, di guidare il clinico per la scelta terapeutica e di valutare la risposta alla terapia.

Per raggiungere tale scopo, si sfrutta le capacità di alcune cellule del sangue, i globuli bianchi o leucociti, di accumularsi nelle zone del corpo nelle quali è presente un'infezione.

I leucociti vengono "marcati" con una sostanza radioattiva che consente l'identificazione del sito in cui gli stessi leucociti si sono concentrati.

## COME CI SI PREPARA ALL'ESAME

Il Paziente deve presentarsi la mattina a digiuno.

È necessario portare in visione la documentazione clinica, comprensiva dei farmaci che sta assumendo e di un emocromo recente.

Si tratta di un esame molto lungo, con permanenza nel Reparto di Medicina Nucleare per circa 8 h il primo giorno e di circa 1-1,5 h il secondo giorno.

È importante segnalare eventuali difficoltà a mantenere la posizione supina, claustrofobia e l'eventuale riduzione del grado di autonomia e/o autosufficienza.

## COME SI ESEGUE

È necessario presentarsi all'accettazione e consegnare l'impegnativa compilata dal Medico.

Il personale dell'accettazione fornirà le prime indicazioni e dirà anche come e quando sarà possibile ritirare il risultato dell'esame.

Il Paziente verrà chiamato dal Personale Sanitario che gli spiegherà in dettaglio le modalità dell'esame e gli farà firmare il modulo di consenso informato.

Una volta terminato il colloquio con il Medico Nucleare, verrà eseguito un prelievo venoso di circa 30-40 ml.

Il Paziente dovrà poi attendere in sala di attesa "fredda" circa 1-2 ore, tempo necessario per la marcatura dei leucociti con il radio farmaco (chiamato <sup>99m</sup>Tc-HMPAO).

Dopo il prelievo, potrà mangiare.


Al termine della procedura di marcatura dei leucociti, al Paziente verranno re-iniettate le sue cellule, rese radioattive dal radio farmaco.

Lo studio consiste nel valutare nel tempo la distribuzione nel corpo dei leucociti "marcati" attraverso l'ausilio di un macchinario chiamato Gamma Camera.

Dal momento dell'iniezione del radio farmaco, il paziente dovrà restare in sala di attesa "calda" e posizionarsi sul lettino della Gamma Camera per la registrazione delle immagini.

Saranno necessarie più registrazioni che avranno all'incirca una durata di 1 h, sia in prima che seconda giornata.

È necessario che durante l'acquisizione il Paziente mantenga la posizione supina sul lettino della Gamma Camera, riducendo al minimo i movimenti e seguendo le indicazioni del Personale Sanitario per la buona riuscita dell'esame.

	<b>Dipartimento Diagnostica per Immagini</b> Area Gestione Operativa SOC Medicina Nucleare	<b>Codice</b>	<b>Revisione</b>	<b>Pagina</b>
	<b>Informativa e consenso informato</b> Scintigrafia con cellule autologhe marcate (Codice catalogo regionale 9H17 – 9H31)	<b>INF.DDI.51</b>	0	2 di 3

### RISCHI E POSSIBILI COMPLICANZE

La scintigrafia non è un esame doloroso.

I possibili disagi riguardano il fastidio provocato dalla puntura dell'ago per il prelievo del sangue e per la re-infusione dei leucociti marcati ed i tempi lunghi, sia di attesa, che di permanenza sotto la Gamma Camera per la registrazione delle immagini.

Non è un esame pericoloso.

Viene iniettata una piccola quantità di radioattività.

Le sostanze utilizzate non sono tossiche e non provocano generalmente effetti secondari, le manifestazioni allergiche sono del tutto eccezionali.

### CONTROINDICAZIONI

Occorre avvertire il Personale Sanitario prima dell'esecuzione dell'esame riguardo un eventuale gravidanza presunta o accertata poiché controindica l'esecuzione dell'esame.

Occorre avvertire il Medico anche nel caso di eventuale allattamento di un neonato per le indicazioni specifiche al riguardo.

### RISULTATI ATTESI

Il referto di una prestazione di Medicina Nucleare deve essere redatto con lo scopo di fornire delle informazioni di carattere diagnostico e/o prognostico e/o terapeutico in grado di soddisfare il quesito clinico proposto redatto dal prescrittore in modo preciso e circostanziato.

L'attività di refertazione è di responsabilità esclusiva del medico specialista in Medicina Nucleare (D. Lgs. 101/2020).

### INDICAZIONI POST PROCEDURA


Il Paziente può lasciare il servizio solo se preventivamente autorizzato dal personale sanitario.

Per almeno 24 ore dopo l'indagine è necessario evitare contatti stretti e prolungati (almeno due metri di distanza) con bambini e donne in gravidanza.

### COME FARE SE

In caso di dubbi nelle fasi pre e post-procedura contattare il personale della SOC Medicina nucleare telefonando al 0574 80-1874/1862.

- **Note:** (a discrezione del professionista se situazioni particolari)

	<b>Dipartimento Diagnostica per Immagini</b> Area Gestione Operativa SOC Medicina Nucleare	<b>Codice</b>	<b>Revisione</b>	<b>Pagina</b>
	<b>Informativa e consenso informato</b> Scintigrafia con cellule autologhe marcate (Codice catalogo regionale 9H17 – 9H31)	<b>INF.DDI.51</b>	0	3 di 3

.....  
 .....

Firma del/della paziente o legale rappresentante

Firma del medico

.....

.....

Firma esercenti la responsabilità genitoriale

.....

Firma soggetto giuridicamente legittimato (fiduciario)

.....

Data...../...../.....

.....

Io sottoscritto/a ..... sono stato/a informato/a dal  
 Dr. .... della natura della patologia di cui sono affetto/a,  
 delle modalità di svolgimento della procedura che mi è stata consigliata, delle alternative terapeutiche, dei verosimili risultati attesi,  
 nonché delle possibili complicanze ad essa conseguenti. Ho avuto a disposizione tempo ed attenzione sufficienti per porre domande ed  
 ottenere ulteriori chiarimenti, pertanto:

**ACCONSENTO** all'esecuzione della procedura propostami.

**NON ACCONSENTO** all'esecuzione della procedura propostami.

Firma del/della paziente o legale rappresentante

Firma del medico

.....

.....

Data ...../...../.....