

	<b>CONSENSO INFORMATO MISURA DEL FILTRATO GLOMERULARE (GFR) MEDIANTE 99mTc-DTPA</b>	<b>AST_MNU_511_Ed00</b>
		Approvazione: Direttore SC Medicina Nucleare
		Data di Emissione: 01.06.2022

## INFORMATIVA

Gentile Paziente,

la **misura del filtrato glomerulare (GFR) mediante 99mTc-DTPA** è un esame da effettuare presso un Servizio di Medicina Nucleare, che permette di ottenere informazioni quantitative sulla funzionalità dei suoi reni. Le informazioni che si potranno ottenere da questo esame saranno di aiuto per giungere alla formulazione di una diagnosi del Suo problema sanitario e non sono ottenibili con altra metodica.

### 1. IN COSA CONSISTE L'ESAME E COME SI ESEGUE

L'esame prevede la somministrazione di una sostanza radioattiva e di alcuni prelievi ematici nelle ore successive.

**Somministrazione del radiofarmaco:** Il medico specialista Le somministrerà un composto chimico che contiene una piccola quantità di una sostanza radioattiva e che è denominato radiofarmaco, normalmente utilizzato per eseguire la scintigrafia renale. A differenza della scintigrafia, nel Suo caso non verranno acquisite immagini: ciò permette di mantenere la quantità di radiazioni da somministrare a livelli estremamente ridotti. Il radiofarmaco viene somministrato con un'**iniezione endovenosa** in un braccio (come in un normale prelievo). Il radiofarmaco utilizzato ha la particolare caratteristica di essere eliminato esclusivamente per via renale.

**Prelievi ematici:** prima dell'inizio dell'esame, un Infermiere Le posizionerà un **piccolo catetere in una vena del braccio opposto a quello della iniezione**. Attraverso questo catetere verranno fatti due successivi prelievi a 60 e 180 minuti dopo la somministrazione del radiofarmaco.

### 1. PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI

**Prima dell'esame:**

- **Non** è necessario sospendere le abituali terapie in corso;
- È necessario **bere circa un litro d'acqua prima dell'inizio dell'esame ed urinare frequentemente**.

**Giorno dell'esame:**

- **Raccomandiamo** di portare tutta la documentazione clinica in suo possesso relativa alla patologia in studio
- **Non è necessario il digiuno;**
- Non è necessario venire accompagnati se non per altro motivo differente dall'esame in sé;
- Al termine dell'indagine, prima di dimettersi dal reparto, il personale valuterà la qualità tecnica della procedura diagnostica.

**Dopo l'esame:**

- **Evitare contatti con bambini e donne in gravidanza per 24 ore dopo l'indagine;**
- **Potrà** svolgere le normali attività quotidiane;
- Il **referto** potrà essere ritirato secondo la tempistica e le modalità riportate nel foglio consegnato al momento dell'accettazione.

### 2. BENEFICI CONSEGUIBILI

La misura del filtrato glomerulare con radiofarmaco è un esame molto accurato per la misura della funzione renale e può essere pertanto utile nell'indirizzare un intervento il più possibile tempestivo. E' considerato l'esame di riferimento per la misura del filtrato glomerulare

### 4. RISCHI E COMPLICANZE PREVEDIBILI

Questo tipo di esame è indolore e sicuro; non sono stati descritti effetti collaterali e non provoca reazioni allergiche o infettive. Non sono note patologie o situazioni cliniche che possano incrementare il rischio connesso all'esecuzione di questo esame. **L'unica controindicazione all'esecuzione di questo esame è la gravidanza in atto o presunta**, a causa della possibile indebita irradiazione dell'embrione o del feto: se siete in gravidanza o anche solo sospettate di esserlo, informate subito il medico nucleare che valuterà l'opportunità di eseguire l'esame.

**L'allattamento al seno**, viceversa, non costituisce una controindicazione assoluta ma solo relativa all'esecuzione dell'esame. Se ha in corso un allattamento informi comunque il medico nucleare che valuterà la necessità di eseguire l'esame e l'eventuale tempo di sospensione dell'allattamento stesso.

La quantità di sostanza radioattiva impiegata è bassa. Per le prime 24 ore dopo l'esame, tuttavia, è necessario evitare contatti con donne in accertato o presunto stato di gravidanza o con minori. Tenendo in considerazione questa limitazione dopo aver concluso l'esame, si possono riprendere le normali attività quotidiane.

### 5. ALTERNATIVE POSSIBILI

La misura del filtrato glomerulare può essere eseguita anche mediante somministrazione di sostanze non radioattive, tuttavia la metodica che impiega i radiofarmaci può essere considerata quella più accurata.

### 6. PREVEDIBILI CONSEGUENZE DEL RIFIUTO DELL'ESAME PROPOSTO

La mancata esecuzione dell'indagine diagnostica proposta può portare ad un mancato riconoscimento precoce della patologia eventualmente presente con conseguenze variabili a seconda del tipo di patologia di cui si è portatore.

### 7. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- <https://www.aimn.it/site/page/attivita/linee-guida>;
- Sfakianaki E, Sfakianakis GN, Georgiou M, Hsiao B. Renal scintigraphy in the acute care setting. *Semin Nucl Med.* 2013 Mar;43(2):114-28; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23414827/>;
- Blaufox, M.D., De Palma, D., Taylor, A. *et al.* The SNMMI and EANM practice guideline for renal scintigraphy in adults. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* 45, 2218–2228 (2018); <https://link.springer.com/article/10.1007/s00259-018-4129-6>.

**Io sottoscritto .....****dichiaro di aver letto e compreso il contenuto della presente informativa sanitaria, già verbalmente spiegata dal medico e relativa all'atto sanitario consigliatomi.**

**Firma.....**

**CONSENSO INFORMATO MISURA DEL FILTRATO  
GLOMERULARE (GFR) MEDIANTE 99mTc-DTPA**

AST\_MNU\_511\_Ed00

Approvazione: Direttore SC Medicina  
Nucleare

Data di Emissione: 01.06.2022

**DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE**

Cognome .....

Nome.....

Data di nascita .....

Lingua parlata Italiano: SÌ  NO  Altro: .....

Peso (kg): .....

Spazio etichetta

**INDAGINE RICHIESTA:** .....**CONSENSO INFORMATO**

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato dichiaro di:

**Accettare**    **Rifiutare l'indagine proposta**

**Firma del paziente:** ..... **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Se minore:**

Padre - Nome Cognome: ..... Data di nascita: ..... Firma: .....

Madre - Nome Cognome: ..... Data di nascita: ..... Firma: .....

**Tutore/Amministratore di sostegno:**

.....

(nome, cognome e firma)

**Eventuale Interprete/Testimone:**

.....

(nome, cognome e firma)

**Firma e timbro (o matricola) del Medico:** .....

Il paziente che ha espresso il proprio consenso è libero di rifiutare la prestazione in qualsiasi momento.

**NOTA: \*\* In caso di revoca successiva del consenso**

Data: .....

Firma dell'interessato (Nel caso di minore, firme dei genitori): .....

Firma, timbro o matricola del medico: .....

U.O: .....

Osservazioni: .....