

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo</p>	<p>CONSENSO INFORMATO SCINTIGRAFIA CEREBRALE RECETTORIALE con 123I-IOFLUPANE (Datscan)</p>	<p>AST_MNU_525_Ed00</p> <hr/> <p>Approvazione: Direttore SC Medicina Nucleare</p> <hr/> <p>Data di Emissione: 01.06.2022</p>
--	---	---

INFORMATIVA

Gentile Paziente,

il Suo Medico curante Le ha prescritto una scintigrafia cerebrale recettoriale, cioè un esame da effettuare presso un Servizio di Medicina Nucleare. Prima dell'inizio dell'esame Lei sosterrà un colloquio preliminare con un Medico Nucleare: è importante che lo specialista sia a conoscenza del problema clinico nella sua interezza: mostri quindi **tutta** la documentazione clinica relativa (altri esami diagnostici, terapie in corso, interventi chirurgici eseguiti, ecc.), in suo possesso. Ricordiamo che se la persona che si sottopone all'esame è un **minore**, il foglio del **consenso informato** deve essere firmato da **entrambi i genitori**, in caso di assenza di uno di essi, è possibile la autocertificazione da parte del genitore presente.

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

La scintigrafia cerebrale recettoriale è una metodica diagnostica che utilizza un radiofarmaco (123I-ioflupane) che viene somministrato per via endovenosa e che viene eliminato per via renale. La principale indicazione dell'esame è legata alla diagnostica del parkinsonismo e del tremore essenziale.

2. PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI

Prima dell'esame: per eseguire questo esame è preferibile, seguire le seguenti indicazioni, ove non altrimenti controindicate. A tale fine consulti lo specialista neurologo che ha prescritto l'esame.

Interferenze farmacologiche

Tutti i farmaci e sostanze che si legano ai trasportatori della Dopamina possono interferire con la captazione striatale del radiofarmaco, e pertanto dovrebbero essere sospesi, compatibilmente con le condizioni cliniche del paziente:

- Amfetamina
- Benzotropina mesilato
- Oxibutinina (es. Ditropan®)
- Bupropione (es. Zyban®)
- Cocaina
- Sertralina (es. Tatic®, Zoloft®)
- Modafinil (es. Provigil®)

Interazione con farmaci che agiscono sui recettori della 5HT:

- Clomipramina
- Fluoxetina (es., Dيسان®, Fluoxeren®, Prozac®, Xeredien®,)
- Proxetina (es. Eutimil®, Sereupin®, Seroxat®, Daparox®)
- Citalopram (es. Elopram®, Seropram®)

Farmaci che NON interferiscono con la captazione del DATSCAN, per cui NON è necessaria la sospensione:

- Amantadina (es. Mantadan®)
- Levodopa (es. Madopar®, Sinemet®)
- Metoprololo (Lopresor®, Seloken®,)
- Primidone (es. Mysoline®)
- Propanololo (es. Inderal®)
- Selegelina (es. Jumex®, Selecom®)
- Triesilfenidile (es. Artane®)
- Entacapone (es. Comtan®)
- Cabergolina (es. Cabaser®)

Non è necessario sospendere i farmaci agonisti e antagonisti della dopamina che agiscono a livello post-sinaptico.

Il giorno dell'esame:

- Raccomandiamo di portare tutta la documentazione clinica in suo possesso relativa alla patologia in studio;
- È possibile fare colazione la mattina assumendo tutta la terapia in corso (insulina inclusa), fatta eccezione per i farmaci sopra segnalati;
- Non è necessario venire accompagnati se non per altro motivo differente dall'esame in sé;
- Al termine dell'indagine, prima di dimetterLa dal reparto, il personale valuterà la qualità tecnica della procedura diagnostica.

Dopo l'esame:

- Evitare contatti con bambini e donne in gravidanza per 48 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.

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo</p>	<p>CONSENSO INFORMATO SCINTIGRAFIA CEREBRALE RECETTORIALE con 123I-IOFLUPANE (Datscan)</p>	<p>AST_MNU_525_Ed00</p> <hr/> <p>Approvazione: Direttore SC Medicina Nucleare</p> <hr/> <p>Data di Emissione: 01.06.2022</p>
--	---	---

3. I RISCHI PREVEDIBILI, LE COMPLICANZE POSSIBILI, LA PROBABILITÀ STATISTICA DEI DIVERSI ESITI

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 alla 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 mancata esecuzione dell'indagine diagnostica proposta può portare ad un mancato riconoscimento della patologia eventualmente presente, con conseguenze variabili a seconda del tipo di patologia di cui si è portatore; si può rendere altresì necessaria l'esecuzione di un'indagine più invasiva.

4. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- <https://www.aimn.it/site/page/attivita/linee-guida>
- https://journals.lww.com/nuclearmed/Fulltext/2018/10000/Impact_of_DAT_SPECT_on_Management_of_Patients.2.aspx
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31405186/>
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29728749/>

Io sottoscrittodichiaro 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 SCINTIGRAFIA CEREBRALE
RECETTORIALE con 123I-IOFLUPANE (Datscan)**

AST_MNU_525_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: