

UNITA' OPERATIVA DI MEDICINA NUCLEARE

Centro Regionale di Terapia Radiometabolica Centro PET

Direttore: Dr.ssa Francesca Capocchetti

Via S. Lucia, 2-62100 MACERATA
Tel 0733 2572275 Fax 0733 2572466

E-mail zt9medicina.nucleare@sanita.marche.it

ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO

L'Angiocardioscintigrafia all'equilibrio è un'indagine che permette la visualizzazione scintigrafica della radioattività intracavitaria contenuta nelle sezioni destre e sinistre del cuore, in particolar modo nei ventricoli. Tale indagine serve per studiare la funzione cardiaca in condizioni di riposo fornendo informazioni sulla contrattilità miocardica globale e regionale e parametri qualitativi e quantitativi importanti come la "frazione di eiezione" globale e segmentaria del ventricolo sinistro e del ventricolo destro. L'esame prevede la marcatura dei globuli rossi mediante un agente stannoso e la somministrazione endovenosa di un radiofarmaco, il ^{99m}Tc -pertechnetato. La misura del volume di sangue contenuto nel cuore durante il ciclo cardiaco necessita che l'acquisizione delle immagini venga sincronizzata con il segnale elettrocardiografico del paziente e che la durata del ciclo cardiaco sia più regolare possibile. Per tale motivo non è possibile effettuare l'esame se il paziente presenta alterazioni del ritmo cardiaco rilevanti.

INDICAZIONI ALL'ESAME:

- Studio della contrattilità miocardica per la valutazione funzionale, la prognosi e il follow-up delle cardiopatie
- Valutazione e monitoraggio degli effetti cardiotossici della chemioterapia

CONTROINDICAZIONI:

Aritmia con variazioni R-R >20%

Gravidanza o allattamento (deve essere sospeso per 24 ore dopo la somministrazione del radiofarmaco)

La radioattività sarà completamente eliminata nel corso delle successive 24 ore.

AVVERTENZE:

- Non è necessario il digiuno
- Mantenere le terapie prescritte

MODALITA' DI ESECUZIONE DELL'ESAME:

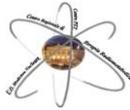
L'esame inizia con una visita preliminare in cui il Medico Nucleare effettuerà la raccolta del consenso informato e anamnestica. L'indagine consiste nella somministrazione iniziale di una sostanza non radioattiva (agente stannoso, es. Pirofosfato) che si lega ai globuli rossi. Dopo circa 20-30 minuti si somministra per via endovenosa il radiofarmaco. Successivamente, dopo aver posizionato gli elettrodi per la registrazione dell'elettrocardiogramma, il paziente verrà posizionato supino sul lettino della gamma-camera, con il braccio sinistro alzato ed inizierà l'acquisizione delle immagini. Durante tale acquisizione è importante che il paziente rimanga il più possibile immobile. Il tempo complessivo necessario per l'indagine è di circa un'ora.

PRECAUZIONI DOPO L'ESAME:

Non stare a contatto diretto con donne in gravidanza e con bambini nelle 24 ore successive all'indagine. Si consiglia una buona idratazione e minzioni frequenti nelle 24 ore successive all'indagine.

DOCUMENTI DA PORTARE:

- E' necessario presentarsi, presso la segreteria della Medicina Nucleare, con la richiesta del Medico curante o dello Specialista con riportato: "**Angiocardioscintigrafia all'equilibrio**". (Cod. 92.05.3 e 92.05.4)
- E' importante portare in visione la documentazione clinica relativa alla specifica patologia in atto (ad es. ECG, Visita Cardiologica, Visita Oncologica)
- E' necessario far presente al Medico le terapie effettuate (es. chemioterapie) e le terapie farmacologiche in atto



UNITA' OPERATIVA DI MEDICINA NUCLEARE

Centro Regionale di Terapia Radiometabolica Centro PET

Direttore: Dr.ssa Francesca Capocchetti

Via S. Lucia,2-62100 MACERATA
Tel 0733 2572275 Fax 0733 2572466

E-mail zt9medicina.nucleare@sanita.marche.it

Da inviare alla:
Segreteria Medicina Nucleare
via mail: zt9medicina.nucleare@sanita.marche.it
o Fax 0733-257 2805 / 2373.

RICHIESTA DI ESAME: ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO

N.B.: Si rammenta che la decisione sull'esecuzione dell'indagine spetta al Medico Nucleare, secondo il D. Lgs. n.101/2020, artt. 157 e 159
Il presente formulario va compilato in tutte le sue parti allegando obbligatoriamente la documentazione richiesta

NOME DEL PAZIENTE:

Data di nascita: Indirizzo:

Telefono: Cellulare:

Provenienza:

Medico referente: Tel.:

QUESITO CLINICO E DIAGNOSI (accertata o presunta)

.....
.....
.....
.....

NOTIZIE ANAMNESTICHE:

.....
.....

Claustrofobia: SI/NO Autosufficiente: SI/NO Barellato: SI/NO

PESO: Kg _____ **ALTEZZA:** cm _____ (NECESSARI PER LA PROGRAMMAZIONE DELL'ESAME)

ALLEGARE fotocopie di Esami Clinico-laboratoristici e Visite Specialistiche

TERAPIA IN ATTO:

.....

TERAPIA (sospesa su indicazione Specialistica)

.....

Escludere gravidanza o allattamento

Il Medico richiedente (timbro e firma)

Data:

Data e ora dell'esame verranno comunicati telefonicamente