



**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](mailto:zt9medicina.nucleare@sanita.marche.it)

## **STUDIO DELLA CINETICA PIASTRINICA**

E' un esame di Medicina Nucleare che trova impiego nello studio della sopravvivenza piastrinica attraverso la marcatura con radioisotopo delle piastrine (PLT) autologhe. L'indagine scintigrafica prevede l'iniezione di piastrine autologhe marcate in vitro (con  $^{111}\text{In}$ -ossina) e trova il maggior utilizzo in ambito ematologico.

### INDICAZIONI ALL'ESAME:

- valutazione delle piastrinopenie idiopatiche per indicazione all'intervento di splenectomia

### CONTROINDICAZIONI

Gravidanza o Allattamento (deve essere sospeso per 3gg dopo la somministrazione del radiofarmaco)

### AVVERTENZE:

- E' necessario il digiuno da almeno 6 ore
- Sospensione, se indicato e possibile, dei farmaci noti per interferire con la funzionalità piastrinica

### MODALITA' DI ESECUZIONE DELL'ESAME:

L'esame inizia con una rapida visita preliminare in cui il Medico Nucleare effettuerà la raccolta anamnestica e del consenso informato. L'esame prevede l'esecuzione di un prelievo ematico, eseguito a digiuno da vena periferica del paziente; successivamente le piastrine verranno preparate per la marcatura in vitro (con  $^{111}\text{In}$ -ossina) e poi re-infuse nel paziente e verranno eseguiti prelievi ematici ed acquisizioni scintigrafiche seriate nel tempo in un arco di tempo di circa 3 ore.

### PRECAUZIONI DOPO L'ESAME:

Non stare a contatto diretto con donne in gravidanza e con bambini nei 3 gg successivi all'indagine scintigrafica

### DOCUMENTI DA PORTARE:

- E' necessario presentarsi, presso la segreteria della Medicina Nucleare, con la richiesta del Medico curante o dello Specialista con riportato: **"Studio della Cinetica Piastrinica"**. (Cod. 92.09.7 e 92.09.9)
- E' importante portare in visione la documentazione clinica relativa alla specifica patologia in atto (relazioni cliniche specialistiche, emocromo recente, esami strumentali, ect.)



**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](mailto:zt9medicina.nucleare@sanita.marche.it)

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

**RICHIESTA DI ESAME: STUDIO DELLA CINETICA PIASTRINICA**

**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 e luogo di nascita: ..... Indirizzo: .....  
 Telefono: ..... Cellulare: .....  
 Provenienza: Provenienza:  Degente presso il Reparto di .....  Esterno.....  
 Medico referente: ..... Tel.: .....  
 E.mail:.....

**QUESITO CLINICO E DIAGNOSI (accertata o presunta)**  
 .....  
 .....  
 .....

**NOTIZIE ANAMNESTICHE:**  
 .....  
 .....  
 .....

**SINTOMI: SI/NO** .....

**EMOCROMO:** .....  
 Altro.....

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

Claustrofobia: SI/NO; Autosufficiente: SI/NO; Barellato SI/NO; Sedia a rotelle SI/NO

**ALLEGARE copie dei referti di VISITA EMATOLOGICA**

**TERAPIA IN ATTO:** .....

**TERAPIA SOSPESA (a giudizio Specialistico).**.....

**Il Medico richiedente (timbro e firma)**

**Data:** ..... .....

Data e ora dell'esame verranno comunicati telefonicamente