

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

Servizio certificato ISO 9001:2015

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}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}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:

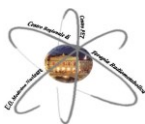
Non stare a contatto diretto con donne in gravidanza e con bambini nei 3 gg successivi all'indagine scintigrafica

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.)

NB: in caso di impossibilità ad eseguire l'esame prenotato la struttura richiedente o il paziente stesso sono assolutamente tenuti a disdire telefonicamente l'appuntamento con 48 ore di anticipo in modo da rendere possibile la sostituzione con altro paziente in attesa.

Si rammenta inoltre che in ottemperanza alla DGR n 703_2019, la mancata disdetta della Prestazione Specialistica già prenotata, prevede l'applicazione della sanzione prevista che sarà pari all'intera tariffa della prestazione presente nel Nomenclatore Regionale della Specialistica in oggetto, a meno che l'assenza non venga adeguatamente giustificata. La sanzione per mancata disdetta riguarda tutti gli Utenti, compresi gli esenti ticket per reddito, per età o patologia-invalidità.



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

Servizio certificato ISO 9001:2015

Da inviare alla:
Segreteria Medicina Nucleare
via mail: 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