UNITA' OPERATIVA DI MEDICINA NUCLEARE

Centro Regionale di Terapia Radiometabolica Centro PET

Direttore: Dr.ssa Francesca Capoccetti

Via S. Lucia,2-62100 MACERATA
Tel 0733 2572275 Fax 0733 2572466
E-mail zt9medicina.nucleare@sanita.marche.it
Servizio certificato ISO 9001:2015

CISTOSCINTIGRAFIA DIRETTA

La Cistoscintigrafia è un esame semplice che viene utilizzato soprattutto in ambito pediatrico per valutare la presenza e l'entità del reflusso vescico-ureterale. Ci sono due metodi di esecuzione: "Metodo Diretto" che consiste nel riempimento della vescica, mediante un catetere, con soluzione fisiologica contenente il tracciante radioattivo; e "Metodo Indiretto" che consiste nella esecuzione dell'indagine al termine della scintigrafia renale sequenziale evitando pertanto il cateterismo. Essa consiste nell'acquisizione di immagini dinamiche della vescica, degli ureteri e dei reni durante una minzione, dopo il termine di una Scintigrafia renale sequenziale; ciò permette di rilevare la risalita del tracciante radioattivo dalla vescica negli ureteri.

INDICAZIONI ALL'ESAME:

- Diagnosi e follow-up del reflusso vescico-ureterale

AVVERTENZE:

- Non è necessario il digiuno
- Mantenere le terapie prescritte
- E' indispensabile una buona idratazione (portare una bottiglietta di acqua naturale da mezzo litro)

MODALITA' DI ESECUZIONE DELL'ESAME:

Vedi Scintigrafia Renale Sequenziale. Al termine della Scintigrafia renale sequenziale, la gamma-camera viene posizionata verticalmente ed il piccolo paziente appoggia la schiena al rilevatore. Si acquisiscono immagini dinamiche a partire da circa 30 secondi prima dell'inizio della minzione, per un totale di 90-120 secondi.

PRECAUZIONI DOPO L'ESAME:

Non stare a contatto diretto con donne in gravidanza e con bambini 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: **"Cistoscintigrafia diretta".**(Cod. 92.03.4)
- E' importare portare in visione la documentazione clinica relativa alla specifica patologia in atto (Ecografia renale, cistografia minzionale, esami ematici di funzionalità renale (creatininemia)

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 Capoccetti

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: CISTOSCINTIGRAFIA DIRETTA

***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
PESO: Kg_____ **ALTEZZA**: cm_____ (**NECESSARI PER LA PROGRAMMAZIONE DELL'ESAME**)

ESAMI EMATICI: Data ……Creatininemia: ……
ALLEGARE fotocopie di ECOGRAFIA RENALE, ECO-COLOR-DOPPLER, ANGIO-TC O ANGIO-RM

TERAPIA IN ATTO:…….
……...

<u>Escludere gravidanza o allattamento</u>

Il Medico richiedente (timbro e firma)

Data: …… **…..…….**

<u>Data e ora dell'esame verranno comunicati telefonicamente</u>