

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

LINFOSCINTIGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI E SUPERIORI

E' un esame di Medicina Nucleare che prevede l'iniezione sottocutanea (interstiziale) di aliquote di radiofarmaco (Nanocolloidi marcati con ^{99m}Tc) che viene riassorbito per via linfatica, trasportato ai linfonodi regionali e trattenuto dai macrofagi in relazione alla pervietà delle vie linfatiche e all'integrità dei linfonodi. Tale indagine permette di studiare il circolo linfatico profondo e superficiale evidenziando scintigraficamente la presenza di una patologia linfatica.

INDICAZIONI ALL'ESAME:

- Valutazione in paziente con edema degli arti
- Valutazione pre-operatoria del rischio di sviluppare linfedema in vista di dissezione ascellare o inguinale
- Valutazione della risposta al trattamento riabilitativo
- Documentazione del riarrangiamento linfatico post-linfoadenectomia o post-radioterapia

CONTROINDICAZIONI

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

Incapacità del paziente a collaborare

AVVERTENZE:

- Non è richiesta alcuna preparazione

MODALITA' DI ESECUZIONE DELL'ESAME:

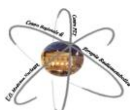
L'esame inizia con la visita preliminare in cui il Medico Nucleare effettuerà la raccolta anamnestica e del consenso informato. L'esame prevede l'inoculo del radiocolloide in regione sottocutanea-sottomucosa nella sede relativa al distretto linfatico da studiare, seguito da acquisizione di immagini statiche precoci (entro 30 minuti) e tardive (fino a 3-4 ore) fino alla visualizzazione delle stazioni linfatiche di drenaggio.

PRECAUZIONI DOPO L'ESAME:

Non stare a contatto diretto con donne in gravidanza e con bambini nelle 24 ore successive 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: **"Linfoscintigrafia degli arti superiori o inferiori"**. (Cod. 92.16.1)
- E' importante portare in visione la documentazione clinica relativa alla specifica patologia in atto (relazioni cliniche specialistiche, indagini strumentali)



UNITA' OPERATIVA DI MEDICINA NUCLEARE
Centro Regionale di Terapia Radiometabolica Centro PET

Direttore: Dr.ssa Francesca Capocetti

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: LINFOSCINTIGRAFIA DEGLI ARTI
 INFERIORI/SUPERIORI**

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)

- Valutazione in paziente con edema degli arti
-
- Valutazione pre-operatoria (dissezione ascellare/inguinale)

- Valutazione della risposta al trattamento riabilitativo/chirurgico/radioterapico
-

NOTIZIE ANAMNESTICHE:

.....

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

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

ALLEGARE fotocopia di VISITA SPECIALISTICA

INTERVENTI CHIRURGICI: SI/NO

PREGRESSI TRAUMI: SI/NO

TERAPIA IN ATTO:

.....

Il Medico richiedente (timbro e firma)

Data:

Data e ora dell'esame verranno comunicati telefonicamente