

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

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:

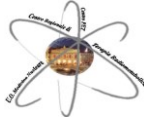
Non stare a contatto diretto con donne in gravidanza e con bambini nelle 24 ore successive all'indagine scintigrafica

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)

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 Capocetti
 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: 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