



U.O.C. MEDICINA NUCLEARE
Direttore: Dott.ssa Brunella Rossi

MODULO RICHIESTA

SCINTIGRAFIA CEREBRALE (SPECT) con ¹²³I-IOFLUPANE (DATSCAN)

Ai sensi del D.Lgs 187/2000

Approvazione
Dott.ssa B. Rossi

Pag. 1 di 1
Modulo
Rev. 00
15/05/2019

Il presente formulario va compilato in tutte le sue parti allegando la documentazione richiesta, altrimenti non verrà preso in considerazione, ed inviato via **Fax: 0736358319** oppure via mail a: av5.nucleare@sanita.marche.it
N.B.: si ricorda che la decisione sull'esecuzione dell'indagine spetta allo specialista Medico Nucleare, secondo il D.Lgs n230/95 art. 111.

Cognome e Nome.....

Nato/a il.....**Comune**.....

Residente**via**.....

Tel.....**Cellulare**.....**E-Mail**.....

Provenienza Ambulatoriale
 Reparto/DH.....
 Altra struttura.....

Medico referente.....**tel**.....**E-Mail**.....

DIAGNOSI (ACCERTATA O PRESUNTA) E QUESITO

CLINICO.....

.....

NOTIZIE ANAMNESTICHE

.....

Condizioni Generali: Autosufficiente Sedia Barella **Claustrofobia:** SI NO

Collaborazione del paziente all'indagine: SI NO **Peso:**..... **Altezza:**..... **Gravidanza:** SI NO

Allergia ai m.d.c. iodati: SI NO **Diabete:** SI NO

Terapia in atto.....

.....

Alcuni farmaci dovrebbero essere sospesi per l'esecuzione della SPECT CEREBRALE, compatibilmente con la condizione clinica del paziente (vedi lista farmaci allegata).

Nel caso non fosse possibile sospendere la terapia specificare nella richiesta il tipo di farmaco, la durata e posologia della terapia ed apporre la dicitura **"esame in terapia"**.

DOCUMENTAZIONE CLINICA: Allegare copia ultime visite e/o lettera dimissione ricovero

ESAMI RADIOLOGICI: necessario allegare copie dei referti TC e/o RM eseguiti

ESAMI MEDICO NUCLEARI: Eseguiti NO SI : allegare copie dei referti SPECT CEREBRALE di Perfusione e/o SPECT CEREBRALE recettoriale

N.B.: portare in visione le immagini TC/RM/ SPECT CEREBRALE se disponibili in formato digitale

INTERVENTI CHIRURGICI: SI NO **Data:**.....

Sede.....

PER IL MEDICO RICHIEDENTE: Allegare la fotocopia della **IMPEGNATIVA: Codice ministeriale 92.11.8**

N.B.: -LO STATO DI GRAVIDANZA, PRESUNTA O ACCERTATA, CONTROINDICA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE.

-AVVERTIRE IL MEDICO RIGUARDO UN EVENTUALE STATO DI ALLATTAMENTO PER INDICAZIONI SPECIFICHE AL RIGUARDO.

N.B.: Data ed ora dell'esame verranno comunicate telefonicamente

Dichiara, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, art. 13, e successive modifiche, di autorizzare il trattamento dei dati in ambito sanitario nei limiti previsti dalla Legge stessa.

Data:..... **IL Medico Richiedente (Timbro e Firma)**.....

FARMACI INTERFERENTI DA SOSPENDERE prima della esecuzione della SPECT (Raccomandazioni procedurali in Neurologia dell'Associazione Italiana di Medicina Nucleare e Imaging Molecolare - vers 02/2017).

Farmaci che interferiscono con l'uptake del DaTSCAN e quindi da sospendere			
CATEGORIA FARMACO	PRINCIPIO ATTIVO	TEMPO DI SOSPENSIONE	MECCANISMO D'AZIONE
Leganti il trasportatore della DOPAMINA (T/2 da 1 a 50h)	<ul style="list-style-type: none"> □ Amfetamina □ Benzotropina □ Oxibutinina (DITROPAN®) □ Bupropione (CORZEN®; QUOMEN®; ZYBAN®) □ Fenfermina (LIPOPIL®) □ Mazindolo □ Metilfenidato □ Modafinil (PROVIGIL®) □ Cocaina 	Sospensione pari ad almeno 5 volte l'emivita biologica del farmaco	Diminuita fissazione del radiofarmaco
ANTIDEPRESSIVI: Inibitori NON SELETTIVI della monoamino ricaptazione (T/2 21-28 giorni)	<ul style="list-style-type: none"> □ Amitriptilina (ADREPRIL®; LAROXIL®; MUTABON®; LIMBITRYL®; SEDANS®; TRIPTIZOL®) □ Clomipramina (ANAFRANIL®; CLORMIPRAMINA®) □ Desipramina (NORTIMIL®) □ Dosulepina (PROTIDIADEN®) □ Imipramina (TOFRANIL®) □ Maprotilina (LUDIOMIL®) □ Nortriptilina (NORITEN®) □ Trimipramina (SURMONTIL®) 	Sospensione pari ad almeno 5 volte l'emivita biologica del farmaco	Diminuita fissazione del radiofarmaco
ANTIDEPRESSIVI: Inibitori SELETTIVI della monoamino ricaptazione (T/2 da 15 a 37h)	<ul style="list-style-type: none"> □ Citalopram (ELOPRAM®; PRAMEXYL®; SEROPRAM®) □ Escitalopram (CIPRALEX®; ENTACT®) □ Fluoxetina (ALIANFIL®; AZUR®; CLEXICOR®; DIESAN®; DEPREZEN®; FLOTINA®; FLUOXEREN®; FLUOXIN®; IBIXETIN®; NOVALBAC®; PROXERENE®; PROZAC®; XEREDIEN®; ZAFLUOX®) □ Fluvoxamina (DUMIROX®; FEVARIN®; MAVERAL®) □ Paroxetina (DAPAROX®; EUTIMIL®; SEREUPIN®; SEROXAT®) □ Sertralina (SERAD®; TATIG®; ZOLOFT®) 	Sospensione pari ad almeno 5 volte l'emivita biologica del farmaco	Diminuita fissazione del radiofarmaco

FARMACI NON INTERFERENTI CON L'UPTAKE DEL DaTSCAN (NON SOSPENDERE) L-DOPA, dopamino-agonisti, farmaci bloccanti i recettori NMDA, inibitori delle MAO-B ed inibitori delle COMT

<ul style="list-style-type: none"> □ Amantadina (MANTADAN®) □ Benxexolo □ Budipina □ Levodopa (LARODOPO®; LEVOMET®; MADOPAR®; SINEMET®) □ Metoprololo (BEPROLO®; METOPROLOLO®; METOTENS®; LOPRESOR®; SELOKEN®; SELOZIDE®) □ Pergolide (NOPAR®; NOPAR STARTER®) □ Primidone (MYSOLINE®) 	<ul style="list-style-type: none"> □ Propranololo (INDERAL®; TONUM®) □ (Selegilina (EGIBREN®; JUMEX®; SELECOM®; SELEGILINA®; DOROM®; SELEDAT®; SELPAR®; XILOPAR®) □ Triesifenidile (ARTANE®; ARTANE RETARD®) □ Pramipexolo (MIRAPEXIM®) □ Ropinirolo (REQUIP®; ROPINIROLO TEVA®) □ Cabergolina (CABASER®) □ Entacapone (COMTAN®)
---	---

Nel caso in cui non fosse possibile sospendere la terapia specificare nella richiesta il tipo di farmaco, la durata della terapia e la posologia ed apporre la dicitura "esame in terapia".