

## 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](mailto:zt9medicina.nucleare@sanita.marche.it)  
Servizio certificato ISO 9001:2015

## PET CEBRALE CON $^{18}\text{F}$ -FDG

La PET cerebrale con  $^{18}\text{F}$ -FDG è un esame di Medicina Nucleare che prevede la somministrazione di un radiofarmaco, il Fluoro-Deossiglucosio marcato con il Fluoro 18, un analogo del glucosio che attraversa la barriera emato-encefalica e che viene captato dalle cellule cerebrali, permettendo la valutazione del metabolismo glucidico cerebrale e della degenerazione sinaptica. Tale indagine, è particolarmente utile nello studio delle patologie neurodegenerative e nelle diagnosi differenziali delle stesse, ma può essere utilizzata anche nella valutazione delle epilessie e dei tumori cerebrali.

### INDICAZIONI ALL'ESAME:

- Diagnosi precoce di demenza (MCI)
- Diagnosi differenziale delle demenze: malattia di Alzheimer vs demenza fronto-temporale
- Grading metabolico tumorale
- Follow-up dei gliomi a basso grado
- Diagnosi differenziale fra recidiva di eteroplasia ad elevato grading e radionecrosi
- Ricerca pre-operatoria di focus epilettogeno
- Valutazione di esiti post-traumatici e vascolari

### CONTROINDICAZIONI:

Gravidanza o allattamento.

Incapacità del paziente a cooperare per l'esecuzione della procedura

Glicemia >200 mg/dl

MODALITA' DI PRENOTAZIONE: Scaricare il modulo apposito sul sito internet dell'AST Macerata-Marche, compilarlo in tutte le sue parti (in particolare il peso e l'altezza del paziente) ed inviarlo secondo le modalità indicate nel sito.

### AVVERTENZE:

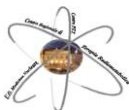
- E' necessario il digiuno
- Per effettuare l'esame è indispensabile che la glicemia sia < a 160 mg/dl.  
**N.B.** In caso di paziente diabetico, si consiglia di assumere regolarmente la terapia antidiabetica e di ridurre l'apporto di carboidrati nei giorni precedenti l'esame in modo da mantenere la glicemia inferiore a 150 mg/dl a digiuno e/o a distanza di 4 ore dall'assunzione di insulina.
- **E' necessario** avere già eseguito TC e/o RM encefalo, valutazione neurologica e/o valutazione neuropsicologica

### MODALITA' DI ESECUZIONE DELL'ESAME:

L'esame inizia con una visita preliminare in cui il Medico Nucleare effettuerà la raccolta anamnestica e del consenso informato. Dopo la valutazione della glicemia si procederà (se permissiva), alla somministrazione endovenosa del radiofarmaco, seguita dopo circa 30 minuti dall'acquisizione delle immagini cerebrali per circa 15 minuti. È importante che il paziente stia in ambiente tranquillo per tutto il periodo tra somministrazione ed acquisizione e che rimanga il più possibile immobile durante la scansione tomografica delle immagini cerebrali. Il tempo complessivo necessario per l'indagine è di circa 2 ore.

### PRECAUZIONI DOPO L'ESAME:

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



## **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](mailto:zt9medicina.nucleare@sanita.marche.it)

Servizio certificato ISO 9001:2015

#### **DOCUMENTI DA PORTARE:**

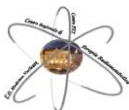
E' necessario presentarsi, presso la segreteria della Medicina nucleare, con la richiesta del Medico curante o dello Specialista con riportato: "**PET cerebrale con  $^{18}\text{F}$ -FDG**" (Cod. 92.11.6).

- E' importare portare in visione la documentazione clinica relativa alla specifica patologia in atto (TC e/o RM dell'encefalo, valutazione neurologica e/o valutazione neuropsicologica, elettroencefalogramma)
- E' necessario far presente al Medico le terapie farmacologiche in corso

**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.

Infine in considerazione che il radiofarmaco utilizzato viene prodotto e distribuito da Ditta esterna all'Azienda Ospedaliera: ritardi nelle consegne o blocchi di produzione per motivi tecnici nel sito di produzione possono determinare ritardi dell'orario di inizio dell'esame o impedire l'esecuzione della PET/TC, eventi non dipendenti dalla nostra volontà.



**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](mailto:zt9medicina.nucleare@sanita.marche.it)  
 Servizio certificato ISO 9001:2015

Da inviare alla:  
**Segreteria PET**  
**via mail: [zt9medicina.nucleare@sanita.marche.it](mailto:zt9medicina.nucleare@sanita.marche.it)**  
**o Fax 0733-257 2466.**

**RICHIESTA DI ESAME: PET CEREBRALE CON <sup>18</sup>F-FDG**

*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)**

- Diagnosi precoce di Demenza:  
 .....
- Diagnosi differenziale tra varie Demenze (specificare quali):  
 .....
- Diagnosi differenziale fra Morbo di Parkinson e Parkinsonismi atipici:  
 .....
- Valutazione di focus epilettogeno:  
 .....
- Oncologia: diagnosi differenziale recidiva/esiti post trattamento  
 .....
- Oncologia: valutazione estensione malattia e grading  
 .....
- Altro:  
 .....

**NOTIZIE ANAMNESTICHE:**

.....  
 .....

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

Claustrofobia: SI/NO Autosufficiente: SI/NO; Diabete SI/NO (Terapia con insulina/Terapia con ipoglicemizzanti orali); Chirurgia cerebrale SI/NO (data..... ); Radioterapia cerebrale SI/NO (data..... )

**ALLEGARE** fotocopie di TC o RM ENCEFALO, VISITA NEUROLOGICA e/o

**VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA (necessarie per effettuare l'esame)**

**TERAPIA IN ATTO:** .....

**Escludere gravidanza o allattamento**

**Il Medico richiedente (timbro e firma)**

**Data:** ..... .....

**Data e ora dell'esame verranno comunicati telefonicamente**