

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

PET CEBRALE CON ^{18}F -FDG

La PET cerebrale con ^{18}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 >160 ng/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:

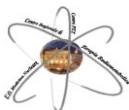
- E' necessario il digiuno
- Per effettuare l'esame è indispensabile che la glicemia sia < a 160 mg/dl.
N.B. In caso di paziente diabetico, si consiglia di assumere regolarmente la terapia antidiabetica e di ridurre l'apporto di carboidrati nei giorni precedenti l'esame in modo da mantenere la glicemia 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 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

DOCUMENTI DA PORTARE:

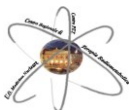
E' necessario presentarsi, presso la segreteria della Medicina nucleare, con la richiesta del Medico curante o dello Specialista con riportato: **"PET cerebrale con ¹⁸F-FDG"**. (Cod. 92.11.6 e 92.11.7)

- 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
 Servizio certificato ISO 9001:2015

Da inviare alla:
Segreteria PET
via mail: zt9medicina.nucleare@sanita.marche.it
o Fax 0733-257 2466.

RICHIESTA DI ESAME: PET CEREBRALE CON ¹⁸F-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