UNITA' OPERATIVA DI MEDICINA NUCLEARE

Centro Regionale di Terapia Radiometabolica Centro PET

Direttore: Dr.ssa Francesca Capoccetti

Via S. Lucia,2-62100 MACERATA
Tel 0733 2572275 Fax 0733 2572466
E-mail zt9medicina.nucleare@sanita.marche.it
Servizio certificato ISO 9001:2015

RICERCA DI EMORRAGIE GASTRO-ENTERICHE

E' un esame di Medicina Nucleare che mediante la marcatura in vivo dei globuli rossi con ^{99m}Tc e l'acquisizione di immagini seriate nelle 24 ore, permette la visualizzazione scintigrafica della sede della perdita ematica intermittente.

INDICAZIONI ALL'ESAME:

- Sospetto sanguinamento intestinale di tipo intermittente o in atto, ma a basso flusso in cui siano state escluse mediante EGDS fonti alte di sanguinamento (es. varici esofagee, ulcere esofagee, gastriche o duodenali), ovvero mediante colonscopia fonti di sanguinamento basse (es. emorroidi interne, ulcere o tumori del retto-sigma, malattia infiammatorie).

CONTROINDICAZIONI

Gravidanza o allattamento (deve essere sospeso per 24 ore dalla somministrazione del radiofarmaco)
Esecuzione di studi radiologici con somministrazione di bario nelle 48 ore precedenti lo studio scintigrafico
Ipotensione grave (da anemizzazione acuta)

AVVERTENZE:

- Non è necessario il digiuno
- L'esame viene eseguito solo in caso di negatività all'EGDS ed alla colonscopia
- E' necessario portare in visione i valori di ematocrito ed emoglobina

MODALITA' DI ESECUZIONE DELL'ESAME:

L'esame inizia con una rapida visita preliminare in cui il Medico Nucleare effettuerà la raccolta anamnestica e del consenso informato. Lo studio inizia con la marcatura in vivo dei globuli rossi con ^{99m}Tc e dopo la somministrazione del radiofarmaco si effettua contemporaneamente la scansione scintigrafica dinamica della durata di circa 60 min. Potranno essere eseguite scansioni tardive seriate fino a 4 - 5 ore ed a 24 ore dalla somministrazione del tracciante.

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: **"Ricerca di emorragie gastro-enteriche".** (Cod. 92.04.4)
- E' importare portare in visione la documentazione clinica relativa alla specifica patologia in atto (relazioni cliniche specialistiche, Esami ematici: emocromo con formula, EGDS, Colonscopia, Rx o entero-TC)
- 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.

UNITA' OPERATIVA DI MEDICINA NUCLEARE

Centro Regionale di Terapia Radiometabolica Centro PET

Direttore: Dr.ssa Francesca Capoccetti

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: RICERCA DI EMORRAGIA GASTRO-ENTERICA

***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)

……
……
……

NOTIZIE ANAMNESTICHE:

……
……
……

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

PESO: Kg_____ **ALTEZZA**: cm_____ (**NECESSARI PER LA PROGRAMMAZIONE DELL'ESAME**)

ALLEGARE fotocopia di EGDS, Colonscopia, RX o ENTERO-TC

TERAPIA IN ATTO:

……
……

Il Medico richiedente (timbro e firma)

Data: **……...……**

…..…….

<u>Data e ora dell'esame verranno comunicati telefonicamente</u>