



## 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

## SCINTIGRAFIA CON DIFOSFONATI PER SOSPETTA AMILOIDOSI CARDIACA

La Scintigrafia con difosfonati è un esame di Medicina Nucleare che consiste nella somministrazione per via endovenosa di un radiofarmaco del gruppo dei difosfonati, il  $^{99m}\text{Tc}$ -HMDP o  $^{99m}\text{Tc}$ -HDP ed in un'acquisizione di immagini corpo intero. Tale indagine è indicata nell'identificazione dei depositi di amiloide da transtiretina in pazienti con sospetto clinico di interessamento cardiaco da amiloidosi.

### INDICAZIONI ALL'ESAME:

- Identificazione dei depositi di amiloide da transtiretina in pazienti con sospetto clinico di interessamento cardiaco da amiloidosi

### CONTROINDICAZIONI:

Gravidanza o allattamento (deve essere sospeso per 24 ore dopo la somministrazione del radiofarmaco)

### AVVERTENZE:

- Non è necessario il digiuno
- Portare una bottiglietta di acqua naturale da mezzo litro
- Mantenere le terapie prescritte
- Non indossare oggetti metallici (collane, orecchini etc..) che possono determinare artefatti nelle immagini
- Se il paziente è portatore di catetere vescicale, ureterocutaneostomie, derivazioni vescicali o se incontinente deve comunicarlo al Medico Nucleare che indirizzerà il paziente alla migliore gestione per evitare che vi sia contaminazione urinaria o artefatti nelle immagini
- Concordare seduta di dialisi fra l'iniezione e l'acquisizione per i pazienti con insufficienza renale severa

### MODALITA' DI ESECUZIONE DELL'ESAME:

L'esame inizia con una visita preliminare in cui il Medico Nucleare effettuerà la raccolta del consenso informato e anamnestica. Successivamente si procede con la somministrazione del radiofarmaco per via endovenosa e dopo circa 2-3 ore il paziente verrà posizionato sul lettino della gamma-camera in posizione supina. Nell'intervallo fra iniezione e acquisizione delle immagini, il paziente deve idratarsi assumendo circa 500-1000ml di liquidi e deve urinare spesso. Durante l'acquisizione è importante che il paziente rimanga il più possibile immobile. Il tempo complessivo necessario per l'indagine è di circa 3-4 ore.

### PRECAUZIONI DOPO L'ESAME:

Non stare a contatto diretto con donne in gravidanza e con bambini nelle 24 ore successive all'indagine. La radioattività sarà completamente eliminata nel corso delle successive 24 ore.

### DOCUMENTI DA PORTARE:

- E' necessario presentarsi, presso la segreteria della Medicina nucleare, con la richiesta del Medico curante o dello Specialista con riportato: **"Scintigrafia ossea o articolare total body"** (Cod. 92.18.2).
- E' importante portare in visione la documentazione clinica relativa alla specifica patologia in atto.



**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

**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 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 Medicina Nucleare**  
**via mail: [zt9medicina.nucleare@sanita.marche.it](mailto:zt9medicina.nucleare@sanita.marche.it)**  
**o Fax 0733-257 2805 / 2373.**

**RICHIESTA DI ESAME: SCINTIGRAFIA CON DIFOSFONATI PER SOSPETTA AMILOIDOSI CARDIACA**

**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.

**TIPO DI ESAME:**

➤ **SCINTIGRAFIA CON DIFOSFONATI PER SOSPETTA AMILOIDOSI CARDIACA**

**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 Barellato: SI/NO Autosufficiente: SI/NO

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

Osteoporosi: SI/NO Pregressi traumi/fratture: SI/NO

**ALLEGARE** fotocopie della documentazione clinica relativa alla specifica patologia in atto

**TERAPIA IN ATTO:**

.....

**Escludere gravidanza o allattamento**

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

**Data:** .....

.....

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