

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

SCINTIGRAFIA POLMONARE DI PERFUSIONE

E' un esame di Medicina Nucleare che consiste nella somministrazione endovenosa di un radiofarmaco, i macroaggregati di albumina radiomarcata (MAA), i quali presentano un diametro maggiore di quello dei capillari polmonari e pertanto si arrestano a livello del piccolo circolo distribuendosi in misura proporzionale al flusso ematico regionale. Tale esame permette di valutare la probabilità della presenza o meno di un'embolia polmonare. Secondo i criteri PISAPED il quadro viene distinto in normale, quasi normale, anormale-positivo e anormale-negativo per embolia polmonare. I criteri PIOPED che distinguono la probabilità di embolia polmonare in alta, intermedia, bassa o quadro normale si utilizzano in caso di Scintigrafia polmonare di ventilazione/perfusione.

INDICAZIONI ALL'ESAME:

- Diagnosi di embolia polmonare in pazienti con sospetto clinico
- Follow-up di pazienti con embolia polmonare
- Valutazione della distribuzione percentuale del flusso ematico polmonare in previsione di interventi chirurgici di lobectomia e pneumectomia

CONTROINDICAZIONI

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

AVVERTENZE:

- Non è necessario il digiuno
- Non è necessaria alcuna preparazione
- Mantenere le terapie prescritte
- E' necessario per l'interpretazione delle immagini di disporre di un radiogramma del torace eseguito nella stessa giornata o recentemente
- **N.B.** Eseguire l'esame solo in caso di impossibilità nell'effettuare l'Angio-TC o per allergia al m.d.c. iodato

MODALITA' DI ESECUZIONE DELL'ESAME:

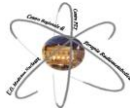
L'esame inizia con una rapida visita preliminare in cui il Medico Nucleare effettuerà la raccolta anamnestica e del consenso informato. L'indagine si effettua con il paziente posizionato in posizione supina sul lettino della gamma-camera, mediante la somministrazione endovenosa del radiofarmaco ed acquisizione delle immagini (scansioni planari) della durata di circa 15-20 minuti. Il tempo complessivo necessario per l'indagine è di circa 30 minuti.

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: "**Scintigrafia polmonare di perfusione**". (Cod. 92.15.1, 92.15.3)
- E' importante portare in visione la documentazione clinica relativa alla specifica patologia in atto (relazioni cliniche, RX torace, dosaggio del D-dimero)
- E' necessario far presente al Medico le terapie farmacologiche in corso



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

Da inviare alla:
Segreteria Medicina Nucleare
via mail: zt9medicina.nucleare@sanita.marche.it
o Fax 0733-257 2805 / 2373.

RICHIESTA DI ESAME: SCINTIGRAFIA POLMONARE DI PERFUSIONE

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 di embolia polmonare in pazienti con sospetto clinico.....
- Follow-up di pazienti con embolia polmonare.....
- Valutazione della distribuzione percentuale del flusso ematico polmonare in previsione di interventi chirurgici di lobectomia e pneumectomia.....

NOTIZIE ANAMNESTICHE:

Recenti fratture o interventi chirurgici: SI/NO.....

Storia di TVP: SI/NO

Dosaggio del D-DIMERO:

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

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

ALLEGARE fotocopie di Rx torace, precedente Scintigrafia polmonare

TERAPIA IN ATTO:

Il Medico richiedente (timbro e firma)

Data:

Data e ora dell'esame verranno comunicati telefonicamente