

## **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)

## **SCINTIGRAFIA RENALE STATICA con <sup>99m</sup>Tc-DMSA**

La Scintigrafia renale statica è un esame di Medicina Nucleare che prevede la somministrazione per via endovenosa di un radiofarmaco, il <sup>99m</sup>Tc-DMSA (Acido dimercaptosuccinico), capace di fissarsi alla corticale renale. Tale indagine, permette la valutazione del danno parenchimale renale in varie nefropatie e lo studio della funzionalità renale separata.

### INDICAZIONI ALL'ESAME:

- Sospetta agenesia renale o di rene ectopico
- Malformazioni (rene a ferro di cavallo, displasie)
- Pielonefriti (diagnosi di pielonefrite acuta, follow-up della pielonefrite)
- Valutazione del parenchima residuo (reni policistici, insufficienza renale cronica)
- Valutazione di masse occupanti spazio

### CONTROINDICAZIONI:

Gravidanza o allattamento (deve essere sospeso per 24 ore dopo la somministrazione del radiofarmaco)  
La radioattività sarà completamente eliminata nel corso delle successive 24 ore.

### AVVERTENZE:

- Non è necessario il digiuno
- Mantenere le terapie prescritte
- E' indispensabile una buona idratazione (il paziente dovrà bere circa 500 ml di liquidi 30-60 minuti prima dell'esame), per cui si consiglia di portare una bottiglietta di acqua naturale da mezzo litro.

### MODALITA' DI ESECUZIONE DELL'ESAME:

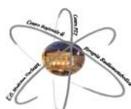
L'esame inizia con una visita preliminare in cui il Medico Nucleare effettuerà la raccolta anamnestica e del consenso informato. L'indagine consiste nella somministrazione endovenosa di un radiofarmaco, il <sup>99m</sup>Tc DMSA e nell'acquisizione delle immagini dopo circa 3 ore, durante la quale è importante 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 Renale Statica con <sup>99m</sup>Tc-DMSA**". (Cod. 92.03.1)
- E' importante portare in visione la documentazione clinica relativa alla specifica patologia in atto (ecografia renale, TC, RM, urografia, esami ematici di funzionalità renale (creatininemia, azotemia, clearance della creatinina), precedente Scintigrafia Renale)
- E' necessario far presente al Medico le terapie farmacologiche 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)

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 RENALE STATICA con <sup>99m</sup>Tc-DMSA**

*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)**

- Pielonefriti (diagnosi di pielonefrite acuta/follow-up).....
- Malformazioni (rene a ferro di cavallo, displasie) .....
- Valutazione del parenchima residuo (reni policistici, IRC) .....
- Altro.....

**NOTIZIE ANAMNESTICHE:**

.....  
.....  
.....

Claustrofobia: SI/NO Autosufficiente: SI/NO

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

**ESAMI EMATICI:** Data .....

Creatininemia: ..... Clearance della creatinina: ..... Azotemia:.....

**ALLEGARE fotocopia di ECOGRAFIA, TC, RM ADDOME**

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

**Escludere gravidanza o allattamento**

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

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

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