

## **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 [zf@medicina.nucleare@sanita.marche.it](mailto:zf@medicina.nucleare@sanita.marche.it)

Servizio certificato ISO 9001:2015

## **SCINTIGRAFIA EPATICA CON EMAZIE MARCATE PER RICERCA DI ANGIOMI EPATICI**

E' un esame di Medicina Nucleare che trova impiego nello studio della diagnosi differenziale di angiomi epatici dubbi alle metodiche diagnostiche tradizionali. L'esame prevede la marcatura in vitro dei globuli rossi mediante un agente stannoso e il  $^{99m}\text{Tc}$ -pertechnetato e la somministrazione endovenosa del radiofarmaco composto.

### INDICAZIONI ALL'ESAME:

- Sospetto di angioma epatico (diametro maggiore di 15 mm) dopo riscontro di un'alterazione dubbia con altre metodiche di immagine

### 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 necessaria nessuna preparazione

### 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'esame prevede l'esecuzione di un prelievo ematico, eseguito a digiuno da vena periferica del paziente; successivamente le emazie verranno preparate per la marcatura in vitro (con un agente stannoso e  $^{99m}\text{Tc}$ -pertechnetato) e poi re-infuse nel paziente. Quindi verranno effettuate un'acquisizione dinamica, seguita da un'acquisizione planare in pool vascolare in proiezione anteriore, laterale destra e posteriore, completata con un'acquisizione planare tardiva, dopo circa 1-2 ore dalla somministrazione del radiofarmaco in proiezione anteriore, laterale destra e posteriore. In fase tardiva è possibile eseguire una SPET per l'identificazione di angiomi di piccole dimensioni.

### PRECAUZIONI DOPO L'ESAME:

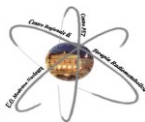
Non stare a contatto diretto con donne in gravidanza e con bambini nelle 24 ore successive all'indagine scintigrafica

### DOCUMENTI DA PORTARE:

- E' necessario presentarsi, presso la segreteria della Medicina nucleare, con la richiesta del Medico curante o dello Specialista con riportato: **"Studio scintigrafico per la ricerca degli angiomi epatici"**. (Cod. 92.02.1 e 92.02.2)
- E' importante portare in visione la documentazione clinica relativa alla specifica patologia in atto (relazioni cliniche specialistiche, emocromo recente, esami strumentali, ect.)

**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: STUDIO SCINTIGRAFICO PER LA RICERCA DEGLI ANGIOMI EPATICI**

**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 e luogo di nascita: ..... Indirizzo: .....

Telefono: ..... Cellulare: .....

Provenienza: Provenienza:  Degente presso il Reparto di .....  Esterno.....

Medico referente: ..... Tel.: .....

E.mail: .....

**QUESITO CLINICO E DIAGNOSI (accertata o presunta)**

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

**NOTIZIE ANAMNESTICHE:**

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

**SINTOMI: SI/NO** .....

Altro.....

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

Claustrofobia: SI/NO; Autosufficiente: SI/NO; Barellato SI/NO; Sedia a rotelle SI/NO

**ALLEGARE copie dei referti di ESAMI STRUMENTALI (TC, RM, Ecografie)**

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

.....

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

**Data:** .....

.....

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