

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

Servizio certificato ISO 9001:2015

SCINTIGRAFIA SCHELETRICA SEGMENTARIA TRIFASICA

La Scintigrafia Scheletrica Segmentaria Trifasica è un esame di Medicina Nucleare che consiste nella somministrazione per via endovenosa di un radiofarmaco del gruppo dei difosfonati, il ^{99m}Tc -MDP o ^{99m}Tc -HDP, ed in un'acquisizione delle immagini che avviene in tre fasi (fase angiografica, fase di blood pool, fase tardiva). Tale indagine permette lo studio dell'apparato scheletrico in toto ma si propone di valutare un determinato segmento scheletrico in particolare, sede di sospetta patologia. La Scintigrafia Scheletrica Trifasica viene utilizzata prevalentemente in ambito reumatologico e/o ortopedico.

INDICAZIONI ALL'ESAME:

- Valutazione dell'osteomielite
- Valutazione di protesi articolari/mezzi di sintesi nel caso di: dolore, mobilizzazione settica o asettica, necrosi avascolare (sindrome di Perthes), artriti, disturbi metabolici (Paget, osteoporosi), lombalgia, fratture da stress e microfratture, displasia fibrosa congenita ed altre malattie rare dell'osso, lesioni ossee di n.d.d.

CONTROINDICAZIONI:

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

AVVERTENZE:

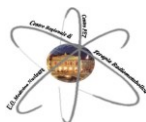
- Non è necessario il digiuno
- Mantenere le terapie prescritte
- Portare una bottiglietta di acqua naturale da mezzo litro
- Non indossare oggetti metallici (collane, orecchini, orologi etc..) che possono determinare artefatti nelle immagini
- Se il paziente è portatore di catetere vescicale, ureterocutaneostomie, 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.

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. L'indagine consiste in tre parti e prevede la somministrazione del radiofarmaco per via endovenosa con il paziente già posizionato sul lettino della gamma-camera in posizione supina. Contemporaneamente alla somministrazione del radiofarmaco inizia la prima parte dell'esame con studio del segmento scheletrico interessato, per la valutazione del flusso sanguigno (acquisizione dinamica). Immediatamente dopo verrà eseguita la seconda parte dell'esame con acquisizioni di immagini statiche del distretto scheletrico interessato. Queste due prime fasi dureranno circa 20 minuti. La terza parte inizia dopo circa 2-3 ore dalla somministrazione del radiofarmaco e prevede l'acquisizione di immagini dell'intero apparato scheletrico. Nell'intervallo fra la seconda e la terza parte dell'esame, il paziente deve idratarsi assumendo circa 500-1000 ml di liquidi e deve urinare spesso. 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.



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

Servizio certificato ISO 9001:2015

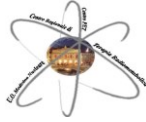
La radioattività sarà completamente eliminata nel corso delle successive 24 ore.

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 Trifasica”**. (Cod. 92.14.1 e 92.14.2)
- E' importare portare in visione la documentazione clinica relativa alla specifica patologia in atto (Rx, TC e RM, MOC, visita ortopedica o reumatologica, precedente Scintigrafia ossea)
- E' necessario far presente al Medico le terapie farmacologiche in atto (es. terapia con difosfonati, ormonoterapia, terapia con steroidi, antibiotici etc.)

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

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: SCINTIGRAFIA OSSEA TRIFASICA

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 OSSEA TOTAL-BODY
- SCINTIGRAFIA OSSEA SEGMENTARIA TRIFASICA

NOME DEL PAZIENTE:

Data di nascita: Indirizzo:

Telefono: Cellulare:

Provenienza:

Medico referente: Tel.:

QUESITO CLINICO E DIAGNOSI (accertata o presunta)

.....
.....

NOTIZIE ANAMNESTICHE:

.....
.....

DOSAGGI MARCATORI TUMORALI E/O DEL METABOLISMO OSSEO:

DATA.....TIPO.....RISULTATO

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 di Rx, TC, RM, MOC (se eseguite)

TERAPIA IN ATTO:

.....

Escludere gravidanza o allattamento

Il Medico richiedente (timbro e firma)

Data:

.....

Data e ora dell'esame verranno comunicati telefonicamente