



**MODULO PER RICHIESTA
SPECIALISTICA DI CARDIOLOGIA
NUCLEARE**

Data: Gennaio 2014
RP 13_01

Rev. 5

Pag. 1/4

Dipartimento Cardiovascolare
Presidio Ospedaliero di Faenza
Servizio di Cardiologia Ambulatori

Cognome

Nome

Luogo e data di nascita

Indirizzo

Tel. e/o Cel

Peso kg.

| ANAMNESI | | MOTIVO DELL'ESAME | |
|---|---|---|--------------------------|
| Infarto miocardico | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Ricerca di ischemia | <input type="checkbox"/> |
| Rivascolarizzazione miocardica | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Ricerca di vitalità | <input type="checkbox"/> |
| Pacemaker | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Altro (specificare) | <input type="checkbox"/> |
| Aneurisma aortico noto | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Dializzato | <input type="checkbox"/> |
| Blocco di branca sinistra | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Diabetico | <input type="checkbox"/> |
| Asma bronchiale | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Insulino dipendente | <input type="checkbox"/> |
| Patologia vascolare: Stenosi carotidea | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Altro specificare | SI NO |
| Artropatia arti inf. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| SOSPENSIONE TERAPIA ANTI-ISCHEMICA | | TIPO DI INDAGINE | |
| SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | A riposo | <input type="checkbox"/> |
| ca-antagonisti gradualmente 24h prima farmaco: | SI NO | riposo e Sforzo | <input type="checkbox"/> |
| beta-bloccanti gradualmente 60h prima farmaco: | SI NO | Per ischemia: riposo e Dobutamina | <input type="checkbox"/> |
| nitratati 24 h prima farmaco: | SI NO | riposo e Dipiridamolo | <input type="checkbox"/> |
| TIPO DI RICHIESTA: | | Per vitalità | <input type="checkbox"/> |
| Ordinaria | <input type="checkbox"/> | <i>Sulla base del quadro clinico-elettrocardiografico e delle condizioni del paziente al momento dell'esame il cardiologo che effettua il test provocativo si riserva di sostituire il test ergometrico con quello farmacologico e viceversa.</i> | |
| Da programmare fra mesi: | <input type="checkbox"/> | | |
| Urgente (contattare sempre il servizio telefonicamente) | <input type="checkbox"/> | | |

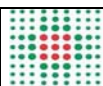
INVIARE IL MODULO AL FAX. 0546/601110

***L'appuntamento non sarà assegnato se il modulo non è compilato in ogni sua parte.
Deve essere allegata documentazione cardiologia con indicazione all'esame.***

PER INFORMAZIONI RIVOLGERSI ALLA SEGRETERIA CARDIOLOGIA AMBULATORI
DAL LUNEDI AL VENERDI al TEL. 0546/601358 DALLE ORE 11.00 ALLE ORE 14.30

DATA

Timbro e firma Medico



DATA.....

Consenso informato all'esecuzione di scintigrafia miocardica con test da sforzo

Io sottoscritto/a nato a il,
allo scopo di accertare lo stato del sistema cardiovascolare e/o definire la natura dei
disturbi cardiaci da me accusati, acconsento volontariamente ad essere sottoposto a
scintigrafia miocardica con test da sforzo.

Prima di sottopormi alla procedura, sono stato informato dal medico sulle specifiche
modalità di esecuzione della prova: sono stato perciò messo al corrente che l'esame
consta di uno sforzo fisico praticato su una cyclette, o su un tappeto rotante, che
lo sforzo verrà protratto fino al raggiungimento di specifici criteri elettrocardiografici
e/o clinici a meno che io non sia particolarmente affaticato per cui la prova verrà
interrotta, che durante la stessa verrà registrato continuamente l'elettrocardiogramma
e verrà misurata la pressione arteriosa ad intervalli.

Sono stato altresì messo al corrente:

- dei disturbi che eventualmente potranno insorgere durante l'indagine (dolore al petto,
difficoltà nella respirazione, palpitazioni, senso di mancamento);
- della necessità di avvertire tempestivamente il personale medico ed infermieristico
non appena tali sintomi dovessero manifestarsi;
- dei rischi insiti nell'indagine, pure se prescritta e condotta secondo arte e secondo le
più moderne conoscenze mediche;
- del diritto a ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza alcuna spiegazione.

Ho letto e compreso quanto sopra ed ho ottenuto risposta ad ogni mia richiesta
o chiarimento.

**INFORMATO ED AVENDO COMPRESO I RISCHI CHE UN INCOMPLETO ITER DIAGNOSTICO
COMPORTE ACCETTO DI SOTTOPORMI ALL'INDAGINE PROPOSTA:**

Firma del Paziente

Firma del medico

**INFORMATO ED AVENDO COMPRESO I RISCHI CHE UN INCOMPLETO ITER DIAGNOSTICO
COMPORTE RIFIUTO L'INDAGINE PROPOSTA:**

Firma del Paziente

Firma del medico

DATA.....

**Consenso informato all'esecuzione di scintigrafia miocardica con stress
farmacologico**

Io sottoscritto/a nato a il,
allo scopo di accertare lo stato del sistema cardiovascolare e/o definire la natura dei disturbi cardiaci da me accusati, acconsento volontariamente ad essere sottoposto a scintigrafia miocardica con test farmacologico.

Prima di sottopormi alla procedura, sono stato informato dal medico sulle specifiche modalità di esecuzione dell'indagine: sono stato perciò messo al corrente:

- che l'esame comporta la somministrazione per via endovenosa di farmaci: **dipiridamolo** o **dobutamina** ed eventualmente **atropina** regolarmente utilizzati nella pratica clinica cardiologica
- che la somministrazione sarà protratta fino al raggiungimento di specifici criteri elettrocardiografici e/o clinici a meno che io non richieda espressamente la interruzione dell'indagine
- che durante la stessa verrà registrato continuamente, l'elettrocardiogramma e verrà misurata la pressione arteriosa ad intervalli regolari
- che dei farmaci utilizzati sopramenzionati esistono gli antidoti specifici (**teofillina**, **betabloccante**) che vengono regolarmente somministrati, sempre per via endovenosa, al termine dell'indagine o immediatamente in caso di disturbi gravi o da me ritenuti insopportabili

Sono stato altresì messo al corrente:

che l'esame è **controindicato in caso di gravidanza accertata o sospetta**

- dei disturbi che eventualmente potranno insorgere durante l'indagine (dolore al petto, difficoltà nella respirazione, palpitazioni, senso di mancamento);
- della necessità di avvertire tempestivamente il personale medico ed infermieristico non appena tali sintomi dovessero manifestarsi;
- dei rischi insiti nell'indagine, come elencati nella tabella sotto riportata, pure se prescritta e condotta secondo arte e secondo le più moderne conoscenze mediche;
- del diritto a ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza alcuna spiegazione.

Ho letto e compreso quanto sopra ed ho ottenuto risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento.

| Mortalità | | |
|---------------------|---------------------|----------|
| farmaco | N pazienti studiati | N eventi |
| Dipiridamolo | 24599 | 1 |
| Dobutamina | 35103 | 5 |
| Complicazioni gravi | | |
| Dipiridamolo | 1294 | 1 |
| Dobutamina | 557 | 1 |

Da Varga et al. Am J Cardiol 2006; 98: 541 – 543

**INFORMATO ED AVENDO COMPRESO I RISCHI CHE UN INCOMPLETO ITER
DIAGNOSTICO COMPORTA ACCETTO DI SOTTOPORMI ALL'INDAGINE
PROPOSTA:**

Firma del Paziente

Firma del medico

**INFORMATO ED AVENDO COMPRESO I RISCHI CHE UN INCOMPLETO ITER
DIAGNOSTICO COMPORTA RIFIUTO L'INDAGINE PROPOSTA:**

Firma del Paziente

Firma del medico

| | | |
|---|--|-----------------------------------|
|  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p> | INDICAZIONI PER SCINTIGRAFIA MIOCARDICA | Data: Gennaio 2014 |
| Dipartimento Cardiovascolare Presidio Ospedaliero di Faenza Servizio di Cardiologia Ambulatori | | RP 13_07 Rev.5 Pag. 4/4 |

SIG:

nato:

GIORNO:

ore:

PRESENTARSI PRESSO IL REPARTO DI **MEDICINA NUCLEARE:**

A **DIGIUNO completo**, sia **ALIMENTARE** che da **FARMACI** dalle ore 24.00 (mezzanotte)

- Se la scintigrafia deve essere eseguita **AL TEST FARMACOLOGICO** dal giorno precedente, non assumere **Tè, Caffè, Coca Cola, Cioccolato, o simili**

L'esame completo si svolgerà in due (2) giornate **distinte** e prevede una durata **non inferiore a due ore e trenta minuti (2 ore e 30m')** per entrambe le giornate.

L'orario di ritorno della seconda giornata viene definito al termine della prima giornata dal personale della medicina nucleare

- Viene somministrato il radiofarmaco per via endovenosa
- La terapia in corso può essere continuata o sospesa in base al tipo di stress che sarà eseguito.
- Dopo la somministrazione del radiofarmaco è necessario assumere **un pasto grasso** (panino al formaggio o una pasta con la crema) e bere almeno 1/2 litro di acqua frizzante: sarà cura dell'utente premunirsi di tali alimenti prima di presentarsi in Medicina Nucleare.
- Presentarsi il giorno dell'esame, con la cute detersa e la depilazione della parte superiore del torace.
- Portare tutta la **DOCUMENTAZIONE CLINICA**
- Volendo ricevere il referto per posta munirsi di busta media e francobollo idoneo alla tariffa in vigore per busta superiore a gr. 20
- **Se una donna è in età fertile e ritiene di essere in stato di gravidanza lo segnali al momento della prenotazione.**

L'impegnativa deve essere correttamente compilata come segue: TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA SPET dopo stimolo e a riposo.

SI DARA' CONFERMA DELLA DATA E ORARIO DELL'ESAME CON UN CONTATTO TELEFONICO ALCUNI GIORNI PRIMA (circa una settimana) E ULTERIORI INDICAZIONI, in particolare lo schema di sospensione della terapia come richiesta dallo specialista

PER INFORMAZIONI RIVOLGERSI ALLA SEGRETERIA CARDIOLOGIA AMBULATORI

DAL LUNEDI AL VENERDI al TEL. 0546/601358 DALLE ORE 11.00 ALLE ORE 14.30

FAX. 0546/601110 DALLE ORE 11.00 ALLE ORE 14.30