

*Unità Operativa di Medicina Nucleare*  
*Responsabile: Dott. Arturo Chiti*

Gentile paziente,

troverà in allegato:

- il foglio informativo riguardante la preparazione e le modalità di esecuzione dell'esame
- il consenso informato all'esecuzione dell'esame.

Chiediamo gentilmente di riportare il consenso informato il giorno dell'esame, che vorrà firmare in presenza del personale del reparto.

## **INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE**

### PET CEREBRALE (QUALITATIVA/QUANTITATIVA) CON $^{18}\text{F}$ -DOPA

#### **Informazione per il paziente**

- Presentarsi in ospedale per l'accettazione un'ora prima dell'inizio esame.
- E' necessario stare a **digiuno** da almeno 4 ore prima dell'esame.
- Se si è in terapia con farmaci antiparkinsoniani, non assumerla il giorno prima dell'esame.
- Portare **tutta la documentazione precedente.**
- L'esecuzione dell'esame prevede una permanenza in reparto di circa **2 ore.**
- Non è necessaria alcuna precauzione al termine dell'esame.

## CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ESAMI MEDICO NUCLEARI

In base ai dati anamnestici e alla documentazione il Paziente è stato informato su:

- indicazioni e appropriatezza dell'esame.....
- controindicazioni e possibili complicanze
- modalità esecutive dell'esame richiesto
- difficoltà e/o problemi che possono derivare dalla sua mancata esecuzione
- possibili alternative

\_\_\_\_\_  
Firma del Medico

Io sottoscritto ....., rispondente ai dati anagrafici riportati in

etichetta **dichiaro** in modo consapevole di:

- **aver ricevuto informazioni adeguate circa** la necessità di sottopormi all'atto medico/esame richiesto in risposta al quesito del mio curante
- **aver compreso:** indicazioni e appropriatezza dell'esame proposto, controindicazioni e possibili complicanze correlate, informazioni di radioprotezione; modalità esecutive dell'esame proposto, difficoltà e/o problemi che possono derivare dalla sua mancata o incompleta esecuzione; possibili alternative
- **aver fornito tutte le informazioni richieste per escludere** qualsiasi sospetto o dubbio di gravidanza in atto, consapevole che l'esame richiesto DEVE ESSERE RIMANDATO IN DONNE GRAVIDE in quanto non eseguibile per motivi di radioprotezione del feto
- **essere soddisfatto delle informazioni** ricevute

In base alle informazioni ricevute, in piena consapevolezza e libertà decisionale **esprimo il mio consenso** a sottopormi all'esame indicato sopra ed autorizzo l'Istituto Clinico Humanitas all'utilizzazione delle immagini prodotte a seguito dell'esame a scopi scientifici.

Data .....

\_\_\_\_\_  
Firma del Paziente  
(o legale rappresentante #)

≠ Per i minorenni firma colui che ha la patria potestà sottolineando, in cartella clinica, che il paziente, per quanto possibile è stato adeguatamente informato. Il Tutore (per il paziente interdetto); Il Giudice Tutelare (in caso di paziente incapace); Il Giudice Tutelare (in caso di revoca della potestà genitoriale ed in caso di revoca tutelare).