

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER INDAGINE PET/TC
con traccianti per la β -amiloide**

Io sottoscritto/a _____ nato/a _____

a seguito del colloquio con il medico specialista Dott. _____

Dichiaro di avere ricevuto in modo comprensibile informazioni relative all'indagine medico nucleare a cui sto per sottopormi.

La PET (Tomografia ad Emissione di Positroni) con traccianti per la β -amiloide è un'esame diagnostico proposto, dopo accurata valutazione clinico-specialistica, per i pazienti adulti con decadimento cognitivo che vengono valutati per malattia di Alzheimer e o altre cause di decadimento cognitivo.

L'indagine si esegue grazie all'iniezione endovenosa di un farmaco radioattivo, una sostanza legata all'isotopo radioattivo ^{18}F usata per la visualizzazione in vivo con metodica PET della densità delle placche neuritiche di β -amiloide nel parenchima cerebrale, la cui radioattività è rilevata dalla particolare apparecchiatura, costituita dal tomografo PET cui è associato un tomografo TC. Questo consente la fusione delle immagini relative alla distribuzione del radiofarmaco, espressione dello studio metabolico dei sistemi cellulari, di natura funzionale con le immagini TC che forniscono una migliore e più precisa definizione della sede della lesione.

Dichiaro che il medico specialista mi ha spiegato le modalità di esecuzione e gli eventuali vantaggi ai fini di una precisa diagnosi utile per una migliore valutazione del mio problema clinico e quindi un trattamento con la terapia più opportuna.

Dichiaro di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'indagine diagnostica e di essere stato informato in caso di dissenso circa gli svantaggi che avrei qualora decidessi di NON effettuare tale accertamento e circa l'esistenza e/o la non esistenza di eventuali procedure alternative alla diagnostica medico-nucleare relative al mio problema clinico.

Rischi : la somministrazione del tracciante per la β -amiloide marcato con ^{18}F non ha effetti collaterali definiti "comuni", ad eccezione di una lieve irritazione nella sede d'iniezione, né provoca fenomeni di natura allergica, sono stato informato in particolar modo riguardo all'esposizione a radiazioni ionizzanti e dichiaro di aver ricevuto spiegazioni chiare e per me comprensibili circa i rischi generici inerenti l'esposizione; mi è stato raccomandato in via cautelativa di evitare il contatto ravvicinato (distanza di pochi metri) con donne in gravidanza e bambini (fino ai 14 anni) durante nelle successive 8 ore dalla somministrazione del radiofarmaco.

Possono essere eseguite altre indagini diagnostiche, senza particolari precauzioni, nei giorni successivi all'indagine scintigrafica. Non esistono controindicazioni all'assunzione di cibo e terapie farmacologiche nelle ore successive all'indagine scintigrafica.

Dichiaro di aver ricevuto comprensibili ed esaurienti risposte ad ogni mio quesito e l'opportunità di riflettere sulle risposte date.

Dichiaro di aver avuto il tempo sufficiente per decidere e di acconsentire all'espletamento dell'indagine scintigrafica sotto indicato.

	<i>Tipo di esame</i>	<i>Firma del paziente</i>

Data

Firma del Medico Nucleare

INFORMAZIONE DATA AL PAZIENTE TRAMITE INTERPRETE e/o TUTORE LEGALE

Nome e Cognome dell'interprete e/o tutore
(stampatello).....

Firma dell'interprete /o tutore
legale.....documento.....Data.....

Nome e cognome del testimone (stampatello).....

Firma del testimone.....documento.....Data.....

Nome e cognome del testimone (stampatello).....

Firma del testimone.....documento.....Data.....

PER LE DONNE IN ETA' FERTILE

Escludo qualsiasi sospetto di gravidanza in atto e di essere in stato di allattamento al momento dell'esame scintigrafico. Sono al corrente del fatto che ,qualora esistesse il dubbio anche minimo di possibile gravidanza devo informare il medico specialista dovendosi l'esame rinviare per motivi di radioprotezione. L'esame può essere eseguito solo in donne sicuramente non gravide ,salvo casi d'urgenza riconosciuti e concordati con il medico curante .

Data.....

Firma.....