

SCINTIGRAFIA POLMONARE – SCHEDA INFORMATIVA

Gentile Signora, Egregio Signore,

Sarà sottoposto/a ad una scintigrafia polmonare. La preghiamo di presentarsi in orario all'appuntamento affinché possa essere rispettata la pianificazione degli esami della giornata sia per lei, sia per gli altri pazienti. Preveda di trascorrere circa **1 ora** nel nostro reparto.

Le saranno iniettate **per via endovenosa microparticelle di albumina umana sterilizzate e prive di qualsiasi germe noto, non allergizzanti. Si tratta di un prodotto derivato dal sangue, la cui tracciabilità è totale e per il quale, ad oggi, non è stato segnalato alcun effetto indesiderato particolare.** Questo esame, ampiamente praticato, le è stato prescritto nell'interesse della sua salute e perché il suo medico ha ritenuto che per lei sarebbe pericoloso non conoscere il suo stato respiratorio. **Tuttavia, qualora desideri rifiutare la somministrazione di un derivato del sangue, la preghiamo di informarci.** Secondo i casi, oltre all'acquisizione delle immagini di ventilazione polmonare, l'esame potrà essere praticato respirando un gas inoffensivo.

Le donne in gravidanza o nella seconda parte del ciclo non devono essere sottoposte ad esami radioisotopici, tranne in casi di forza maggiore. In caso di dubbio, la preghiamo di contattarci per prendere appuntamento.

Il giorno dell'esame, non è necessario che sia a digiuno.

I medici sono a sua disposizione per fornirle ulteriori informazioni in merito a questo protocollo.

La preghiamo di munirsi:

- dei documenti della previdenza sociale, dell'assicurazione sanitaria, all'occorrenza, e di un documento d'identità;
- della lettera del medico;
- della sua cartella clinica (esami del sangue e delle urine, radiografie, prescrizioni mediche) e in particolare delle ultime scintigrafie polmonari e radiografie del torace.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso conoscenza delle informazioni sopra riportate.

Acconsento all'utilizzo di dati di imaging anonimi per scopi di ricerca medica (*cancellare la presente dichiarazione in caso di opposizione*).

Data:

Firma: