

**NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE****Nome e Cognome** _____ **data di nascita** _____

| | |
|---|---|
| Quali sono le sue condizioni di salute? | Paziente con disordine cognitivo. |
| Trattamento proposto: | PET CEREBRALE 18F-FDG PET 18F-BETA AMILOIDE |
| Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa? | Conferma diagnostica e follow-up della patologia. |
| Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo? | Modificazioni del piano terapeutico. |
| Quali sono i possibili problemi di recupero? | Indagine da eseguire in stato di digiuno; glicemia < 160 mg/dL. Evitare contatto stretto con bambini e donne in gravidanza per 12 ore. |
| Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento? | Riduzione della possibilità di una corretta diagnosi di patologia. |
| Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi? | Esposizione alle radiazioni (indagine in Classe di dose III). |
| Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti? | Diagnostica per immagini radiologica (TC, RM). |
| Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento? | Staff medico, tecnico, infermieristico della Struttura Complessa di Medicina Nucleare. |

Qualora lo ritenga necessario, l'equipe è sempre a disposizione per fornire ulteriori informazioni.

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO
