

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

Quali sono le sue condizioni di salute?	Paziente oncologico; con ipertiroidismo; con cardiopatia ischemica, con iperparatiroidismo, con embolia polmonare, linfonodo sentinella.
Trattamento proposto:	SCINTIGRAFIA
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?	Per conferma diagnostica, stadiazione, follow-up della patologia, preparazione a intervento chirurgico.
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	Modificazioni del piano terapeutico.
Quali sono i possibili problemi di recupero?	Evitare contatti stretti con bambini e donne in gravidanza dopo l'esecuzione della scintigrafia per 24 ore.
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	Riduzione della possibilità di una corretta diagnosi della patologia.
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	Esposizione alle radiazioni (Indagini con Classe di dose I-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
