Cognome _____ **Nome** _____

Nato/a il _____ Comune _____

Residente a _____ via _____

Tel. _____ Cellulare _____ E-mail _____

Provenienza □ Degente presso il Reparto di _____

□ Esterno

□ *Ricoverato presso altra Struttura _____

*In caso di prestazioni a pazienti ricoverati presso altra Struttura **è necessario** compilare il Modulo di richiesta Prestazioni (M/919/75) ed inviarlo via fax alla Direzione Sanitaria fax 06-33775326. Il modulo è scaricabile dal sito www.ospedalesantandrea.it alla voce moduli on line.

Neurologo/Specialista Referente Dr. _____ tel. _____

PER IL MEDICO RICHIEDENTE:

La richiesta dovrà essere presentata con un'unica impegnativa elettronica:

*Codice CUR **92.11.9** TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) CEREBRALE CON TRACCIANTI RECETTORIALI O INDICATORI POSITIVI*
*Codice CUR **89.01.A** VISITA MEDICO NUCLEARE DI CONTROLLO (se ha già eseguito altri esami da noi)*
*Codice CUR **89.7B.3** PRIMA VISITA DI MEDICINA NUCLEARE (se non ha mai effettuato altri esami da noi)*

QUESITO CLINICO (barrare il campo di interesse):

□ D.D. Parkinsonismo vs Tremore Essenziale □ D.D. Malattia di Alzheimer verso Malattia da Corpi di Lewy

ORIENTAMENTO DIAGNOSTICO ATTUALE (barrare il campo di interesse)

□ Morbo di Parkinson Idiopatico
□ Tremore essenziale
□ AMS
□ PSP
□ DCB
□ Demenza a corpi di Lewy
□ Parkinson Vascolare
□ Parkinsonismo Iatrogeno
□ Parkinsonismo Psicogeno
□ Complesso Parkinson-Demenza
□ Altro _____

SEGNI E SINTOMI MOTORI

□ Bradicinesia □ Rigidità □ Tremore a riposo (dove) _____
□ Tremore posturale □ Instabilità posturale □ Deterioramento cognitivo

ESAMI DI NEUROIMAGING

(Necessario allegare copia del referto e portare gli originali il giorno dell'esame – Imaging Morfologico dovrebbe precedere sempre quello funzionale in ogni caso – v. LG AIMN vers. 07/2017 – se non eseguito motivarne l'assenza)

□ TC □ RMN
□ se no, indicare perchè _____ _____

PROBLEMATICHE DEGNE DI NOTA

□ Obesità □ Ansietà □ Claustrofobia
□ Difficoltà Motorie □ Altro _____

Inviare questo modulo, fronte e retro, e impegnativa via fax (06-33776614) o via mail (prenotazioni.mednucleare@ospedalesantandrea.it)

Caro Collega, tutti i farmaci e le sostanze che si legano ai trasportatori pre-sinaptici della Dopamina possono interferire con la captazione striatale del DATSCAN e pertanto se ne suggerisce la sospensione, compatibilmente con le condizioni cliniche del paziente.

FARMACI INTERFERENTI (suggerito periodo di sospensione, se clinicamente possibile, uguale a 5 volte l'emivita biologica della molecola attiva – Raccomandazioni procedurali in Neurologia dell'Associazione Italiana di Medicina Nucleare ed Imaging Molecolare 2012).

Leganti il trasportatore della dopamina (T/2 da 1 a 50h)	Anfetamina Benzatropina Bupropione (CORZEN, QUOMEN, ZYBAN) Cocaina Fentermina (LIPOPILL) Mazindolo (MAZILDENE) Metilfenidato (RITALIN)
ANTIDEPRESSIVI: inibitori non selettivi della monoaminoricaptazione (T/2 21 – 28 gg)	Maprotilina (LUDIOMIL) Nortriptilina (NORITREN, DOMINANS) Trimipramina (SURMONTIL) Imipramina (TOFRANIL) Dosulepina (PROTIADEN) Desipramina (NORTIMIL) Amitriptilina (LAROXYL, LIMBITRYL, MUTABON, TRIPTIZOL, ADEPRIL, AMITR, SEDANS) Clomipramina (ANAFRANIL)
ANTIDEPRESSIVI: inibitori selettivi della monoaminoricaptazione (T/2 15 – 37h)	Paroxetina (EUTIMIL, SEREUPIN, SEROXAT, DAPAROX) Sertalina (SERAD, TATIG, ZOLOFT) Citalopram (ELOPRAM, SEROPRAM) Escitalopram (CIPRALEX, ENTACT) Fluvoxamina (DUMIROX, FEVARIN, MAVERAL) Fluoxetina (ALIANTIL, AZUR, DIESAN, FLOTINA, FLUOXEREN, FLUOXENASE, FLUOXIN, FLUOXETINE, FLUXETIL, IBEXITIN, LISEMIR, PROXERENE, PROZAC, XEREDIEN, ZAFLUOX)

Nel caso in cui non fosse possibile sospendere la terapia specificare nella richiesta il tipo di farmaco, la durata della terapia e la posologia ed apporre la dicitura "esame in terapia".

Non è necessario sospendere i farmaci agonisti e antagonisti della dopamina che agiscono a livello post-sinaptico (vedi tabella seguente):

Amantadina (MANTADAN) Levodopa (LARODOPA, LEVOMET, MADOPAR, SINEMET) Metoprololo (BEPROLO, LOPRESOR, METOTENS, SELOKEN, IGROTON-LOPRESOR, SELOZIDE) Pergolide (NOPAR, NOPAR STARTER) Primidone (MYSOLINE) Propranololo (INDERAL, INDERAL GRADUALE, TONUM, EUPROVASIN) Selegelina (EGIBREN, JUMEX, SELECOM, SELEDAT, SELPAR, XILOPAR)
Triesilfenidile (ARTANE, ARTANE RETARD) Entacapone (COMTAN) Cabergolina (CABASER)

NON È NECESSARIO IL DIGIUNO.

Specialista Richiedente
Firma e Timbro

……

NORME DI RADIOPROTEZIONE PER IL COMPORTAMENTO DOPO L'ESAME

Al termine della procedura occorre evitare contatti ravvicinati e prolungati nel tempo con bambini di età inferiore ai 10 anni e donne in stato di gravidanza per **12 ore**.
E' consentito pranzare assieme ai familiari, dormire col proprio coniuge.
Non si devono osservare particolari attenzioni per l'uso delle stoviglie, della biancheria, lenzuola e asciugamani (si possono lavare con le altre cose in lavatrice), del bagno.
Non vi sono accortezze particolari da seguire per gli animali domestici.
In caso di gravidanza misconosciuta o allattamento, consultare il medico specialista.