



SPET miocardica di perfusione **BASALE E DA STRESS**

Modulo per la programmazione dell'esame

Compilare a cura del Medico Prescrivente

Sig./ra _____ Nato/a ____/____/____ Peso _____ kg

Telefono _____ Note _____

Appuntamento prenotato per il giorno ____/____/____ alle ore 08:00 presso: **U.O.C.**

Medicina Nucleare, Ospedale "Le Scotte" Siena, piano 4/S 3° lotto

PREPARAZIONE:

- 1) DIGIUNO da 8 ore (NO CAFFE' e/o THE nell'eventualità di test al Dipyridamolo)
- 2) Indossare pantaloni e scarpe comode (nell'eventualità di prova da sforzo)
- 3) Ricordare che l'indagine si protrarrà sino al primo pomeriggio
- 4) Il paziente deve essere munito di:
 - a) **Richiesta del medico (vedi sotto: →);**
 - b) **piccole porzioni di formaggio tipo Grana oppure barretta di cioccolato al latte; 1L di acqua; piccola colazione (dopo la prova da sforzo il paziente può mangiare);**
 - c) **DOCUMENTAZIONE COMPLETA delle indagini cardiologiche eseguite in precedenza.** Una prova da sforzo recente (qualora eseguibile) è necessaria prima di uno studio a carattere diagnostico.

Alla Cortese Attenzione del Medico Prescrivente:

→ **singola prescrizione con richiesta di 3 (tre) prestazioni completa di quesito clinico:**

- 1077 VISITA MEDICO NUCLEARE
- 9A13 SPET MIOCARDICA DI PERFUSIONE BASALE -
- 9A14 SPET MIOCARDICA DI PERFUSIONE DA STRESS

→ *Nel caso di studi riguardanti la diagnosi di cardiopatia ischemica e l'estensione dell'area ischemica, al fine di ottimizzare l'accuratezza dell'esame che viene eseguito sotto stress e sotto la sorveglianza di un cardiologo esperto, occorre sospendere i farmaci sottoelencati*

- **Betabloccanti** da 72 ore prima dell'esame
- **Calcioantagonisti** da 48 ore
- **Nitroderivati** (compresi i preparati transdermici) da 24 ore In caso di angina utilizzare nitroderivati per via sublinguale.

Negli altri casi (stratificazione prognostica, valutazione di interventi di rivascolarizzazione etc.) l'esame può essere condotto senza la sospensione di terapia.

- **Sospensione della terapia (barrare)** **Si** **No**

Per presa visione

Siena, ____/____/____

Il Medico Prescrivente

Il Paziente

