	PROCEDURA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI RADIOLOGIA DOMICILIARE E RESIDENZIALE	PT-DO Rev. n° 00
	UO RADIOLOGIA CSP	Pagina 1 di 28

	Nome Cognome	Ruolo / Unità Operativa	Data	Firma
Redatto	DOTT. E.BISSOLI	DIRETTORE UOC	06/09/2018	
	DEMO RENATO	CTSRM	06/09/2018	
	PASQUALIN MICHELA	VICE CTSRM	06/09/2018	
	FORNASIERO RENATO	VICE CTSRM	06/09/2018	
Approvato				
	DOTT. E.BISSOLI	DIRETTORE UOC	06/09/2018	

REV n°	Descrizione modifica	Approvato	Data	Firma

Premessa	pag 1
Oggetto	pag 1
Scopo/obbiettivo	pag 2
Modalità operativa	pag 2


Premessa:

L'Ospedale viene identificato come luogo deputato alla cura dell'acuzie e dell'immediata post acuzie, mentre la gestione della cronicità viene affidata all'organizzazione dell'assistenza territoriale.

La funzione ospedaliera per esercitarsi in modo completo ed appropriato necessita quindi di una forte organizzazione di assistenza territoriale, che sviluppi connessioni e modalità di relazione con l'ospedale in un'ottica di continuità di cura dal territorio all'ospedale e viceversa. Un'integrazione tra Ospedale e Servizio distrettuale permette di migliorare la qualità dell'assistenza e di rispondere adeguatamente alla gestione del paziente con un approccio di "presa in carico" e centralità della persona.

Da questa necessità di garantire una continuità delle cure ed una presa in carico globale del paziente e centrata sulla persona, nasce questo progetto di Servizio di Radiologia Domiciliare.

Oggetto: istituire procedura di radiologia domiciliare

	PROCEDURA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI RADIOLOGIA DOMICILIARE E RESIDENZIALE	PT-DO Rev. n° 00
	UO RADIOLOGIA CSP	Pagina 2 di 28

Scopo/obbiettivo

Nell'ottica di garantire una continuità delle cure ed una "presa in carico" globale del paziente, si attiva un Servizio di Radiologia Domiciliare e Residenziale per pazienti affetti da gravi patologie allettati o con importanti difficoltà nella deambulazione.

Modalità operativa

TIPOLOGIE DI PAZIENTI

Utenti provvisti di ESENZIONE DEL TICKET che siano o ALLETTATI o con ridotta capacità di collaborazione e limitata deambulazione.

In una prima fase sperimentale il servizio sarà garantito ai pazienti:

- in ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), compresi i pazienti seguiti dal Nucleo Cure Palliative
- in ADP (Assistenza Domiciliare Programmata)
- degenti in RSA con impegnativa di residenzialità e gli istanti in attesa di impegnativa
- degenti in Hospice, in sezione Stati Vegetativi, in Urt e in Ospedale di Comunità

Per offrire una visione che rappresenti anche il grado di sostenibilità del servizio rispetto alle risorse disponibili, si precisa che, nell'ambito delle cure domiciliari territoriali, alla data del 31.03.2016, i casi attivi in regime di ADP sono 1584, in regime ADIMED 571. Per quanto riguarda la residenzialità extraospedaliera, la popolazione è di circa 900 posti letto, escludendo l'URT e l'Ospedale di Comunità di prossima attivazione.






TIPOLOGIE DI ESAMI ESEGUIBILI A DOMICILIO

- Tutti gli esami radiologici standard.
- Esami radiologici programmabili (d'elezione), non in regime d'urgenza;

WORK FLOW PER L'ESECUZIONE DI UN ESAME A DOMICILIO

RICHIEDA PER IL PAZIENTE AL PROPRIO DOMICILIO (modulo A di richiesta)

MMG/PLS

-  **Compila** il modulo A in ogni sua parte
-  **Indica obbligatoriamente** la motivazione per cui l'esame viene richiesto a domicilio
-  **Indica obbligatoriamente** la motivazione clinica all'esame richiesto
-  **Allega** l'impegnativa con l'esame richiesto
-  **Inoltra** via fax o via mail alla Segreteria di Cure Domiciliari di competenza ovvero:

Segreteria Cure Domiciliari di Vigonza per pazienti residenti nei comuni di Vigonza, Villanova di Camposampiero, Vigodarzere, Campodarsego, Camposampiero, Borgoricco, Loreggia, S. Giorgio delle Pertiche, Santa Giustina in Colle, Massanzago, Villa del Conte, Trebaseleghe e Piombino Dese ; **N. DI FAX 049 809.07.34 MAIL dis01_vig@ulss15.pd.it tel. 049 809.07.16**

Segreteria Cure Domiciliari di Cittadella per pazienti residenti nei comuni di Cittadella, S. Giorgio in Bosco e Fontaniva, Piazzola sul Brenta, Campodoro, Villafranca Padovana, Curtarolo e Campo San Martino, Carmignano sul Brenta, Grantorto, Gazzo Padovano e San Pietro in Gu', San Martino di Lupari, Tombolo e Galliera Veneta.

N. DI FAX 049 982.31.25 MAIL dis02_cureprimarie@ulss15.pd.it tel. 049 982.31.23

	PROCEDURA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI RADIOLOGIA DOMICILIARE E RESIDENZIALE	PT-DO Rev. n° 00
	UO RADIOLOGIA CSP	Pagina 3 di 28

SEGRETERIA DELLE CURE DOMICILIARI

- + **Riceve dal MMG e verifica** se la richiesta è compilata correttamente rispetto al criterio previsto al punto 2 (TIPOLOGIE DI PAZIENTI)
- + **Rinvia** al MMG la richiesta nel caso in cui non siano soddisfatti i criteri previsti
- + **Invia** la richiesta completa, per la verifica dei criteri di appropriatezza dell'esame richiesto e le successive competenze previste, alla Segreteria di Radiologia di competenza ovvero:

Segreteria di Radiologia del P.O. di Camposampiero per pazienti residenti nei comuni di Vigonza, Villanova di Camposampiero, Vigodarzere, Campodarsego, Camposampiero, Borgoricco, Loreggia, S. Giorgio delle Pertiche, Santa Giustina in Colle, Massanzago, Villa del Conte, Trebaseleghe e Piombino Dese

Segreteria di Radiologia del P.O. di Cittadella per pazienti residenti nei comuni di Cittadella, S. Giorgio in Bosco e Fontaniva, Piazzola sul Brenta, Campodoro, Villafranca Padovana, Curtarolo e Campo San Martino, Carmignano sul Brenta, Grantorto, Gazzo Padovano e San Pietro in Gu', San Martino di Lupari, Tombolo e Galliera Veneta.

PERSONALE DELLA RADIOLOGIA

- + **Segreteria:** accoglie la richiesta e la **porta in visione** al Medico radiologo in turno alla radiologia d'urgenza

Medico radiologo di turno alla radiologia d'urgenza: convalida o meno la richiesta con una sua firma. La convalida si rende necessaria per ottemperare al principio di giustificazione dell'esposizione radiante della quale, per legge, è responsabile il Medico radiologo.

La ragione dell'eventuale diniego all'esecuzione della prestazione radiologica al domicilio del paziente deve essere riportata su apposito modulo prestampato (**all. 1**)

- + **Segreteria:** raccoglie tutte le informazioni utili per raggiungere il domicilio del paziente; raccoglie un numero telefonico dove poter reperire i familiari del paziente per eventuali difficoltà e imprevisti.
- + **Fissa** data e orario dell'appuntamento
- + **TSRM:** prende visione, con il supporto di altro operatore, del piano di lavoro giornaliero.

Si reca, secondo il programma, al domicilio del paziente.


RICHIESTA PER IL PAZIENTE NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI EXTRA-OSPEDALIERE E STRUTTURE INTERMEDIE (modulo B di richiesta)

MMG PER RSA O IL CURANTE PER LE STRUTTURE INTERMEDIE

- + **Compila** il modulo B in ogni sua parte
- + **Indica obbligatoriamente** la motivazione per cui l'esame viene richiesto in struttura
- + **Indica obbligatoriamente** la motivazione clinica all'esame richiesto
- + **Allega** l'impegnativa con l'esame richiesto
- + **Inoltra** la richiesta al Coordinatore della Struttura per la verifica dei requisiti di posizione del soggetto in struttura.

COORDINATORE DELLA STRUTTURA

- + **Riceve** dal medico la richiesta e **verifica** i requisiti di posizione del soggetto in struttura.
- + **Firma** la richiesta per la parte di competenza.
- + **Invia** la richiesta completa alla Segreteria di Radiologia per la verifica dei criteri di appropriatezza dell'esame richiesto e le successive competenze previste. A seconda del comune in cui si trova la struttura residenziale, la richiesta sarà inviata alla Segreteria di Radiologia del P.O. di riferimento.

	PROCEDURA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI RADIOLOGIA DOMICILIARE E RESIDENZIALE	PT-DO Rev. n° 00
UO RADIOLOGIA CSP		Pagina 4 di 28

PERSONALE DELLA RADIOLOGIA

- ✚ **Segreteria:** accoglie la richiesta e la porta **in visione** al Medico radiologo in turno alla radiologia d'urgenza

Medico radiologo di turno alla radiologia d'urgenza: convalida o meno la richiesta con una sua firma. La convalida si rende necessaria per ottemperare al principio di giustificazione dell'esposizione radiante della quale, per legge, è responsabile il Medico radiologo.

La ragione dell'eventuale diniego all'esecuzione della prestazione radiologica in struttura deve essere riportata su apposito modulo prestampato (**all. 1**)

- ✚ **Segreteria:** raccoglie tutte le informazioni utili per raggiungere il domicilio del paziente. raccoglie inoltre un numero telefonico dove poter reperire i familiari del paziente per eventuali difficoltà e imprevisti.

- ✚ **Fissa data e orario dell'appuntamento**

- ✚ **TSRM:** prende visione, con il supporto di altro operatore, del piano di lavoro giornaliero.

Si reca, secondo il programma, nella struttura richiedente.

ESECUZIONE DELLA PRESTAZIONE AL DOMICILIO O PRESSO LA STRUTTURA RESIDENZIALE - INTERMEDIA

TSRM: PRIMA DELL'ESECUZIONE DELL'ESAME

- si accerta della fattibilità tecnica in ragione della situazione logistica, assicurandosi che sussistano le condizioni per operare in sicurezza;
- fa compilare al paziente o a un familiare una liberatoria da possibili incidenti elettrici (**all. 2**);
- fa compilare il consenso informato all'esecuzione dell'esame radiologico convenzionale (**all. 3**)

PER L'ESECUZIONE DELL'ESAME IL TSRM SI ATTIENE ALLE PRESCRIZIONI DEL PUNTO 8 E, IN BASE AL TIPO DI ESAME, AL PROTOCOLLO PREVISTO AL PUNTO 9

TSRM: OPERAZIONI DA COMPIERE DOPO L'ESECUZIONE DELL'ESAME

- invia in Radiologia l'esame tramite la rete informatica dedicata (VPN)
- attende il parere del Medico radiologo preposto alla refertazione
- ricevuto il nulla osta del Medico radiologo si congeda dal domicilio del paziente o dalla struttura per l'esecuzione di ulteriori esami domiciliari
- rientra in Radiologia esaurito il carico di lavoro previsto (sono ipotizzabili una prestazione all'ora fino ad un massimo di 5 pazienti visitabili per turno di lavoro)

REFERTAZIONE DELL'ESAME

Medico radiologo: referta l'indagine domiciliare

CONSEGNA DEL REFERTO

CONSEGNA URGENTE


- Nel caso in cui il Medico radiologo ritenga necessaria la **consegna urgente** del referto, la Segreteria della Radiologia avvisa telefonicamente i familiari del paziente per il ritiro del referto e del CD presso la Radiologia d'urgenza.

CONSEGNA ORDINARIA – Ritiro dopo 5 giorni dall'esecuzione dell'esame

- La Segreteria della Radiologia invierà il referto e il CD alla sede CUP o allo sportello distrettuale più vicino al domicilio del paziente o alla struttura residenziale. Nello specifico al:

CUP di Camposampiero per i pazienti dei comuni di Camposampiero, Borgoricco, Loreggia, S. Giorgio delle Pertiche, Santa Giustina in Colle, Massanzago e Villa del Conte

Cup di Cittadella per i pazienti dei comuni di Cittadella, S. Giorgio in Bosco e Fontaniva

	PROCEDURA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI RADIOLOGIA DOMICILIARE E RESIDENZIALE	PT-DO Rev. n° 00
	UO RADIOLOGIA CSP	Pagina 5 di 28

Distretto di Piazzola sul Brenta per i pazienti dei comuni di Piazzola sul Brenta, Campodoro, Villafranca Padovana, Curtarolo e Campo San Martino

Distretto di Carmignano sul Brenta per i pazienti dei comuni di Carmignano sul Brenta, Grantorto, Gazzo Padovano e San Pietro in Gu'.

Distretto di San Martino di Lupari per i pazienti dei comuni di San Martino di Lupari, Tombolo e Galliera Veneta

Distretto di Vigonza per i pazienti dei comuni di Vigonza e Villanova di Camposampiero


Distretto di Vigodarzere per i pazienti dei comuni di Vigodarzere e Campodarsego

Distretto di Trebaseleghe per i pazienti dei comuni di Trebaseleghe e Piombino Dese

PRESCRIZIONI PER GLI ADDETTI A PROCEDURE CHE RICHIEDONO ESPOSIZIONI MEDICHE

Il Personale sanitario addetto all'uso degli apparecchi radiologici portatili deve **(all. 4)**:

- **accertarsi**, prima dell'esecuzione di ogni esposizione, che nella stanza sia presente solo il paziente ed il personale autorizzato strettamente necessario;
- **dotare** di un camice anti-X l'eventuale volontario (preferibilmente un familiare) indispensabile per posizionare o sorreggere il paziente durante l'esame;
- **mantenersi** durante l'esposizione il più possibile lontano dal tubo radiogeno (non meno di 2 m) e indossare a sua volta il camice anti-X;
- **usare** in modo corretto i dispositivi di sicurezza, i mezzi di protezione (personali ed ambientali) e di sorveglianza dosimetrica (dosimetri personali) forniti dal Datore di lavoro;
- **attenersi** alle norme di "buona tecnica" e "buona geometria"
- **esporre** il Paziente nel più breve tempo possibile
- **usare** la minima intensità di corrente (mA) e la tensione (kV) idonea
- **impiegare** i diaframmi alla minima apertura compatibile con l'ampiezza della regione da esaminare
- **dare** immediata comunicazione al Direttore della Radiologia di qualunque anomalia delle apparecchiature radiologiche e/o dei mezzi di protezione
- **attenersi** alle direttive Aziendali-SPP in caso di incendio o altre emergenze **(all. 5)**.

 <p>REGIONE DEL VENETO ULSS6 EUGANEA</p>	<p>PROCEDURA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI RADIOLOGIA DOMICILIARE E RESIDENZIALE</p>	<p>PT-DO Rev. n° 00</p>
	<p>UO RADIOLOGIA CSP</p>	<p>Pagina 6 di 28</p>

ELENCO E PROTOCOLLI DEGLI ESAMI DI RADIOLOGIA CONVENZIONALE DIGITALE ESEGUIBILI A DOMICILIO

COLONNA CERVICALE Transbuccale

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è in decubito orizzontale supino a letto, il mento è flesso, per quanto possibile, in modo che il margine inferiore palpabile dell'occipite venga a trovarsi esattamente all'altezza della superficie occlusale degli incisivi superiori. Questa "linea occlusale" deve avere un decorso esattamente perpendicolare al piano sensibile. Plate DR sotto al dorso del paziente. RAGGIO INCIDENTE:

Punto di incidenza del raggio centrale: appena al di sotto della linea occlusale degli incisivi superiori con la bocca aperta. Raggio centrale: perpendicolare al piano sensibile.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 73; (MA 160; MS 100); MAS 16; Xray dose microGy 4; SID 120; GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico;

CRITERI DI CORRETTEZZA:

L'atlante deve essere rappresentato almeno nella sua parte inferiore, in modo da poter giudicare anche il dente dell'epistrofeo.

COLONNA CERVICALE AP

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è in decubito orizzontale supino a letto. Il capo in posizione normale, il mento è leggermente iperesteso. Plate DR sotto al dorso del paziente. RAGGIO INCIDENTE:

Obliquo sul piano sagittale, inclinato caudo-craniale di 10-15°. Punto d'incidenza a livello della cartilagine tiroidea.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 73; (MA 160; MS 100); MAS 16; Xray dose microGy 4; SID 120; GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico.

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Le vertebre cervicali dalla III alla VII e tutti gli spazi intersomatici devono essere rappresentati.

COLONNA CERVICALE LL

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è in decubito orizzontale supino a letto. Il paziente deve tenere le spalle il più possibile abbassate. Il paziente viene posizionato in modo da essere il più vicino possibile al plate DR e con il piano sagittale mediano parallelo al piano sensibile.

RAGGIO INCIDENTE:

Punto d'incidenza all'altezza di C3 C4, quindi al centro della colonna cervicale. Raggio centrale: perpendicolare al piano sensibile.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 73; (MA 160; MS 100); MAS 16; Xray dose microGy 4; SID 120; GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

 <p>REGIONE DEL VENETO ULSS6 EUGANEA</p>	<p>PROCEDURA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI RADIOLOGIA DOMICILIARE E RESIDENZIALE</p>	<p>PT-DO Rev. n° 00</p>
	<p>UO RADIOLOGIA CSP</p>	<p>Pagina 7 di 28</p>

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Tutte le sette vertebre cervicali devono essere proiettate isolate, ben distinte una dall'altra; si deve poter vedere attraverso gli spazi intervertebrali. I processi articolari si proiettano nel corpo vertebrale, soprattutto nessun processo osseo, ad es. un processo trasverso, deve uscire anteriormente alla colonna cervicale. I due condili mandibolari si sovrappongono.

COLONNA DORSALE AP

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è in decubito orizzontale supino a letto con le braccia lungo il tronco. Plate DR sotto al dorso del paziente.

RAGGIO INCIDENTE:

Punto di incidenza del raggio centrale: all'altezza del centro del manubrio sternale e sul centro del piano sensibile. Raggio centrale: perpendicolare al piano sensibile.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 77; (MA 250; MS 100); MAS 32; Xray dose microGy 4; SID 120; GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

La colonna dorsale deve essere uniformemente esposta in tutta la sua lunghezza.

COLONNA DORSALE LL

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è in decubito orizzontale laterale a letto. Il paziente viene posizionato in modo da essere il più vicino possibile al piano sensibile e con il piano sagittale mediano parallelo. Le braccia non devono essere lungo il corpo (possibilmente sopra la testa). Nel caso in cui il paziente non si possa mettere in decubito laterale posizionare, a paziente supino, il detector sul fianco.

RAGGIO INCIDENTE:

Punto di incidenza del raggio centrale: linea intermammillare o 3 cm al di sotto della linea ascellare, centro della colonna dorsale.

Raggio centrale: perpendicolare alla pellicola.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 81; (MA 100; MS 250); MAS 40; Xray dose microGy 4; SID 120; GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

La colonna dorsale deve essere uniformemente esposta in tutta la sua lunghezza. Margini superiori e inferiori dei corpi vertebrali sovrapposti.

COLONNA LOMBOSACRALE AP

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente viene disposto a letto in decubito orizzontale supino, disteso, con le braccia addotte al tronco. Plate DR sotto al dorso del paziente.

RAGGIO INCIDENTE:


Punto di incidenza del raggio centrale: all'altezza della III vertebra lombare quindi 3 centimetri al di sopra della cresta iliaca; Raggio centrale perpendicolare al piano sensibile.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 81; (MA 400; MS 100); MAS 50; Xray dose microGy 4; SID 120; GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Tutte le vertebre devono essere riprodotte ben visibili e gli spazi intersomatici riconoscibili.

 <p>REGIONE DEL VENETO ULSS6 EUGANEA</p>	<p>PROCEDURA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI RADIOLOGIA DOMICILIARE E RESIDENZIALE</p>	<p>PT-DO Rev. n° 00</p>
	<p>UO RADIOLOGIA CSP</p>	<p>Pagina 8 di 28</p>

COLONNA LOMBOSACRALE AP OBLIQUA

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente viene disposto a letto in decubito orizzontale supino, disteso, con le braccia addotte al tronco. Plate DR sotto al dorso del paziente.

RAGGIO INCIDENTE:

Punto di incidenza del raggio centrale: all'altezza della III vertebra lombare quindi 3 centimetri al di sopra della cresta iliaca

Raggio centrale: obliquo caudo-craniale di 15°.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 81; (MA 400; MS 100); MAS 50; Xray dose microGy 4; SID 120; GRID 1; ESPOSIMETRO semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Importante poter riconoscere i processi trasversi dei corpi vertebrali.

COLONNA LOMBOSACRALE LL

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è in decubito orizzontale laterale a letto. Il paziente viene posizionato in modo da essere il più vicino possibile al DR e con il piano sagittale mediano parallelo al piano sensibile. Le braccia non devono essere lungo il corpo (possibilmente sopra la testa). Nel caso in cui il paziente non si può mettere in decubito laterale posizionare a paziente supino e il detector sul fianco.

RAGGIO INCIDENTE:

Punto di incidenza del raggio centrale: all'altezza della cresta iliaca

Raggio centrale: perpendicolare al piano sensibile.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 91; (MA 400; MS 100); MAS 80; Xray dose microGy 4; SID 120; GRID 1; ESPOSIMETRO semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Corretta esposizione di tutte e cinque le vertebre lombari

COLONNA LOMBOSACRALE LL, SPAZIO L5-S1

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è in decubito orizzontale supino a letto. Il paziente viene posizionato in modo da essere il più vicino possibile al DR e con il piano sagittale mediano parallelo al piano sensibile. Le braccia non devono essere lungo il corpo (possibilmente sopra la testa)..

RAGGIO INCIDENTE:

Punto di incidenza del raggio centrale: all'altezza della spina iliaca anteriore superiore, tre cm al di sotto della cresta iliaca

Raggio centrale: perpendicolare al piano sensibile

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 90 (MA 400; MS 100); MAS 100; Xray dose microGy 4; SID 120; GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico


CRITERI DI CORRETTEZZA:

L5 al centro del radiogramma; perfetta sovrapposizione dei peduncoli e dei fori di coniugazione.

COLONNA SACROCOCCIGE AP

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente viene disposto a letto in decubito orizzontale supino, disteso, con le braccia aderenti lungo al corpo. Plate DR sotto al dorso del paziente.

	PROCEDURA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI RADIOLOGIA DOMICILIARE E RESIDENZIALE	PT-DO Rev. n° 00
UO RADIOLOGIA CSP		Pagina 9 di 28

RAGGIO INCIDENTE:

Punto di incidenza del raggio centrale: appena sopra la sinfisi pubica in direzione dello spazio .

Raggio incidente perpendicolare al piano sensibile.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 90 (MA 400; MS 100); MAS 100; Xray dose microGy 4; SID 120; GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA: Visione del corpo sacrale e del coccige.

COLONNA SACROCOCCIGE AP OBLIQUA

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente viene disposto a letto in decubito orizzontale supino, disteso, con le braccia aderenti lungo al corpo. Plate DR sotto al dorso del paziente.

RAGGIO INCIDENTE:

Punto di incidenza del raggio centrale: appena sopra la sinfisi pubica in direzione dello spazio

Raggio incidente obliquo caudo-craniale di 20°-30° rispetto al piano sensibile.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 90; (MA 400; MS 100); MAS 100; Xray dose microGy 4; SID 120; GRID 1

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Visibili: metameri sacrali, forami di coniugazione sacrale, sincondrosi sacro iliache.

COLONNA SACROCOCCIGE LL

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è in decubito orizzontale supino a letto. Il paziente viene posizionato in modo da essere il più vicino possibile al DR e con il piano sagittale mediano parallelo al piano sensibile. Le braccia non devono essere lungo il corpo (possibilmente sopra la testa).

RAGGIO INCIDENTE:

Il punto di incidenza del raggio centrale sul paziente si trova quattro cm sotto la cresta iliaca.

Raggio incidente perpendicolare al piano sensibile.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 90; (MA 400; MS 100); MAS 100; Xray dose microGy 4; SID 120; GRID 1

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Devono essere riprodotti sia l'osso sacro che il coccige.

TORACE AP

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è steso in barella in posizione supina. Viene posizionata la cassetta DR al di sotto del torace del paziente. Importante che la cassetta sia posizionata simmetricamente destra e sinistra e in modo tale da coprire tutto il campo polmonare.

Radiografia eseguita in fase di inspirio. Se il quesito clinico è di pnx allora si eseguirà un ulteriore radiografia in fase di espirio.

RAGGIO INCIDENTE:

Punto d'incidenza del raggio centrale: sulla colonna vertebrale in corrispondenza delle vertebre dorsali medie. Raggio centrale: perpendicolare al piano sensibile.

	PROCEDURA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI RADIOLOGIA DOMICILIARE E RESIDENZIALE	PT-DO Rev. n° 00
	UO RADIOLOGIA CSP	Pagina 10 di 28

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 77; (MA 160; MS 100); MAS 3,2; Xray dose microGy 4; SID 200; GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Devono essere riprodotti entrambi gli apici polmonari, il più possibile grandi e visibili; si deve inoltre poter vedere il seno costo-frenico nei due lati. L'immagine radiografica deve risultare anche perfettamente simmetrica.

EMITRACE PER COSTE AP

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è in decubito supino. Le braccia lungo il tronco; se il paziente ne è capace solleva il braccio del lato in esame. La testa è rivolta verso il lato contro laterale non in esame. Il limite inferiore della scapola si trova sul centro del piano sensibile, e al centro della plate DR.

RAGGIO INCIDENTE:

Punto di incidenza del raggio centrale: nel punto di mezzo tra la colonna vertebrale e la parete laterale del torace, a metà torace. Raggio centrale: perpendicolare al piano sensibile.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 70; (MA 160; MS 100); MAS 32; Xray dose microGy 4; SID 200; GRID 1; ESPOSIMETRO semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Le coste superiori, medie e inferiori devono essere ben esposte e rappresentate ben visibili.

EMITRACE PER COSTE OBLIQUE

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è steso a letto in decubito supino. Il braccio del lato in esame è sollevato sopra la testa. Dalla posizione AP il paziente deve ruotare di 30° una volta sul lato in esame e una seconda volta sul lato contro laterale. La posizione del paziente è mantenuta tramite adeguati presidi. Sono eseguite due radiografie. Viene posizionata la cassetta DR a contatto con la schiena al di sotto del lato in esame.

RAGGIO INCIDENTE:

Punto di incidenza del raggio centrale: nel punto di mezzo tra la colonna vertebrale e la parete laterale del torace, a metà torace. Raggio centrale: perpendicolare al piano sensibile.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 70; (MA 160; MS 100); MAS 32; Xray dose microGy 4; SID 200; GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Le coste superiori, medie e inferiori devono essere ben esposte e rappresentate in senso obliquo ben visibili.

STERNO OBLIQUE

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è steso a letto in decubito supino. Dalla posizione di perfetta AP il paziente ruota di 30° sul fianco destro appoggiandolo. Sterno al centro del piano sensibile.

RAGGIO INCIDENTE:

Punto d'incidenza a metà dello sterno. Direzione del raggio perpendicolare al piano sensibile.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 70; (MA 160; MS 100); MAS 32; Xray dose microGy 4; SID 200; GRID 1;

	PROCEDURA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI RADIOLOGIA DOMICILIARE E RESIDENZIALE	PT-DO Rev. n° 00
	UO RADIOLOGIA CSP	Pagina 11 di 28

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Lo sterno deve essere riprodotto in tutta la sua lunghezza, non sovrapposto al mediastino e alla colonna vertebrale.

STERNO PA

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è in decubito prono.

RAGGIO INCIDENTE:

Punto d'incidenza a metà dello sterno. Direzione del raggio perpendicolare al piano sensibile.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 70; (MA 160; MS 100); MAS 32; Xray dose microGy 4; SID 200; GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Lo sterno deve essere riprodotto in tutta la sua lunghezza.

STERNO LL

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è steso a letto in posizione supina. Il paziente viene posizionato vicino al DR in modo da avere il piano sagittale mediano parallelo al piano sensibile. Il paziente deve spingere il torace in modo da portare più anteriormente possibile lo sterno.

RAGGIO INCIDENTE: Punto d'incidenza a metà dello sterno. Direzione del raggio perpendicolare al piano sensibile.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 70; (MA 160; MS 100); MAS 32; Xray dose microGy 4; SID 200; GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA: Lo sterno deve essere riprodotto in tutta la sua lunghezza.

SPALLA AP

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è in posizione di decubito supino a letto, ed il piano sagittale mediano è perpendicolare al piano sensibile. Le spalle sono rilassate e l'arto in esame è lungo il tronco (intra-extra ruotato o neutro). Plate DR sotto alla spalla.

RAGGIO INCIDENTE:

Il punto d'incidenza è sul punto mediano della glenoide. Raggio Incidente: perpendicolare al piano sensibile.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 66; (MA 50; MS 100); MAS 16; Xray dose microGy 4; SID 120;

GRID 1; ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Braccio intraruotato: viene evidenziato il trochite, che si trova anteriorizzato.

Braccio neutro: trochite in posizione laterale, trochine in posizione centrale, in prossimità del trochite.

Braccio extraruotato: il trochine è in posizione laterale, posteriormente appare il trochite.

 <p>REGIONE DEL VENETO ULSS6 EUGANEA</p>	<p>PROCEDURA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI RADIOLOGIA DOMICILIARE E RESIDENZIALE</p>	<p>PT-DO Rev. n° 00</p>
	<p>UO RADIOLOGIA CSP</p>	<p>Pagina 12 di 28</p>

SPALLA OBLIQUA

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è in posizione di decubito supino a letto, ed il piano sagittale mediano è perpendicolare al piano sensibile. Le spalle sono rilassate e l'arto in esame è lungo il tronco (intra-extra ruotato o neutro). Il piano sagittale forma un angolo di circa 45 gradi con il piano sensibile, posizione mantenuta tramite adeguati presidi. Plate DR sotto alla spalla.

RAGGIO INCIDENTE:

Il punto di incidenza è sul punto mediano della glenoide. Raggio incidente: inclinato cranio caudalmente di circa 20/25 gradi.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 66; (MA 50; MS 100); MAS 16; Xray dose microGy 4; SID 120; GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Le valutazioni sono simili alla proiezione in AP, l'importanza di questa proiezione è la visualizzazione dello spazio glenoideo.

SPALLA LL (transtoracica)

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è in decubito orizzontale supino a letto. Il paziente viene posizionato in modo da essere il più vicino possibile al DR e con il piano sagittale mediano parallelo al piano sensibile. La spalla in esame con il braccio aderente al tronco, il braccio controlaterale viene posizionato sopra la testa

RAGGIO INCIDENTE:

Punto d'incidenza sotto ed anteriormente la cavità ascellare. Raggio incidente: il raggio è perpendicolare al piano sensibile.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 86; (MA 50; MS 100); MAS 16; Xray dose microGy 4; SID 120; GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

La testa dell'omero si proietta sul torace tra la colonna vertebrale e lo sterno.

CLAVICOLA AP

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è a letto in decubito orizzontale supino, disteso, con le braccia aderenti lungo al corpo. Plate DR sotto alla spalla.

RAGGIO INCIDENTE:

Punto di incidenza terzo medio della clavicola. Raggio incidente: perpendicolare al piano sensibile.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 66; (MA 50; MS 100); MAS 5; Xray dose microGy 4; SID 120; GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico


CRITERI DI CORRETTEZZA:

Ben visibile la clavicola, devono essere comprese medialmente l'articolazione sterno-claveare, e lateralmente l'articolazione acromion-claveare.

CLAVICOLA OBLIQUA

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è a letto in decubito orizzontale supino, disteso, con le braccia aderenti lungo al corpo.

	PROCEDURA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI RADIOLOGIA DOMICILIARE E RESIDENZIALE	PT-DO Rev. n° 00
	UO RADIOLOGIA CSP	Pagina 13 di 28

Cassetta DR sotto alla spalla

RAGGIO INCIDENTE:

Punto di incidenza terzo medio della clavicola. Raggio incidente: inclinato caudo-cranialmente di circa 30 gradi.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 66; (MA 50; MS 100); MAS 5; Xray dose microGy 4; SID 120; GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Ben visibile la clavicola, devono essere comprese medialmente l'articolazione sterno-claveare, e lateralmente l'articolazione acromion-claveare. La clavicola non deve essere proiettata sulla gabbia toracica.

CLAVICOLA AP COMPARATIVA

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è seduto e poggia il dorso alla plate DR, ed il piano sagittale mediano è perpendicolare al piano sensibile. Le spalle sono rilassate entrambi gli altri lungo il tronco. Il paziente deve tenere in mano dei pesi.

RAGGIO INCIDENTE:

Il punto d'incidenza è a metà del torace se si riesce a comprendere entrambe le articolazioni.

Raggio Incidente: perpendicolare al piano sensibile.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 66; (MA 50; MS 100); MAS 5; Xray dose microGy 4; SID 200; GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Comprese entrambe le articolazioni acromion-claveare.

SCAPOLA AP

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è disposto a letto in decubito orizzontale supino, disteso, con le braccia aderenti lungo al corpo. Scapola in esame al centro del DR e il più possibile aderente al piano sensibile.

RAGGIO INCIDENTE:

Perpendicolare al piano sensibile, punto d'incidenza a metà del corpo della scapola.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 66; (MA 50; MS 100); MAS 5; Xray dose microGy 4; SID 120; GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

La scapola deve essere rappresentata in tutta la sua lunghezza.

SCAPOLA PA

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è disposto a letto prono e poggia il torace alla plate DR. Entrambe le braccia lungo il fianco. Scapola in esame al centro del poter.

RAGGIO INCIDENTE:

Perpendicolare al piano sensibile, punto d'incidenza a metà del corpo della scapola.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 66; (MA 50; MS 100); MAS 5; Xray dose microGy 4; SID 120; GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

	PROCEDURA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI RADIOLOGIA DOMICILIARE E RESIDENZIALE	PT-DO Rev. n° 00
UO RADIOLOGIA CSP		Pagina 14 di 28

CRITERI DI CORRETTEZZA:

La scapola deve essere rappresentata in tutta la sua lunghezza.

SCAPOLA OBLIQUA

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è steso a letto in posizione supina. Il braccio del lato in esame è sollevato sopra la testa. Dalla posizione AP il paziente deve ruotare di 30° una volta sul lato in esame e una seconda volta sul lato contro laterale. La posizione del paziente è mantenuta tramite adeguati presidi. Sono eseguite due radiografie. Viene posizionata la cassetta DR a contatto con la schiena al di sotto del lato in esame.

RAGGIO INCIDENTE:

Punto di incidenza del raggio centrale: metà del corpo della scapola. Raggio centrale: perpendicolare al piano sensibile.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 66; (MA 50; MS 100); MAS 5; Xray dose microGy 4; SID 120; GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Le coste superiori, medie e inferiori devono essere ben esposte e rappresentate in senso obliquo ben visibili.

SCAPOLA SUB-ASSIALE

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è disposto a letto in decubito orizzontale supino, disteso, con le braccia addotte al corpo. Dalla posizione di perfetta AP il paziente viene fatto ruotare sul lato non in esame di 30° circa. L'inclinazione corretta è quando il margine mediale e il margine laterale della scapola sono perfettamente in linea, perpendicolare al DR. La posizione viene mantenuta tramite degli adeguati presidi. Il braccio in esame se possibile è portato sopra la testa. Plate DR sotto alla scapola.

RAGGIO INCIDENTE:

Incide sul margine laterale della scapola perpendicolarmente al piano sensibile.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 66; (MA 50; MS 100); MAS 5; Xray dose microGy 4; SID 120; GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

La scapola deve essere rappresentata in tutta la sua lunghezza.

OMERO AP

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è in posizione di decubito supino a letto. Il braccio in esame deve essere steso lungo il fianco, ma leggermente distanziato da esso (in supinazione); il plate DR sotto e a contatto con l'omero.

RAGGIO INCIDENTE:


Raggio incidente perpendicolare al piano sensibile. Punto d'incidenza: terzo medio dell'omero.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 66; (MA 50; MS 100); MAS 16; Xray dose microGy 4; SID 120; GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Visione dell'omero in tutta la sua lunghezza.

 <p>REGIONE DEL VENETO ULSS6 EUGANEA</p>	<p>PROCEDURA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI RADIOLOGIA DOMICILIARE E RESIDENZIALE</p>	<p>PT-DO Rev. n° 00</p>
<p>UO RADIOLOGIA CSP</p>		<p>Pagina 15 di 28</p>

OMERO LL

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è in posizione di decubito supino a letto. Il braccio in esame deve essere steso lungo il fianco, questa volta però il gomito è flesso e l'avambraccio è posizionato dietro la schiena o appoggiato sul busto. Il plate DR sotto e a contatto con l'omero.

RAGGIO INCIDENTE:

Raggio incidente perpendicolare al piano sensibile. Punto d'incidenza: terzo medio dell'omero.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 66; (MA 50; MS 100); MAS 16; Xray dose microGy 4; SID 120; GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Visione dell'omero in tutta la sua lunghezza.

GOMITO AP

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è steso a letto in posizione supina. Il paziente stende il braccio in esame in posizione supina, palmo della mano rivolta verso l'alto. Viene posizionata la plate DR sotto al gomito.

RAGGIO INCIDENTE:

Il raggio centrale incide perpendicolarmente a circa 2 cm di distanza in senso distale dalla piega del gomito, in corrispondenza della linea articolare radio-omerale.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 57; (MA 50; MS 100); MAS 5; Xray dose microGy 4; SID 120; GRID NO;

ESPOSIMETRO: semiautomatico.

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Chiara e libera visione dell'interlinea articolare radio-omerale.

GOMITO LL

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è steso a letto in posizione supina. Viene posizionato il braccio del paziente in modo tale che il piano sagittale dell'avambraccio sia parallelo al piano sensibile e flesso ad angolo retto rispetto al braccio, con il lato ulnare in appoggio. Il piano sagittale della mano è anch'esso parallelo al piano sensibile. Viene posizionata la plate DR al di sotto del gomito.

RAGGIO INCIDENTE:

Il raggio centrale va puntato in corrispondenza dell'epicondilo omerale.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 57; (MA 50; MS 100); MAS 5; Xray dose microGy 4; SID 120; GRID NO;

ESPOSIMETRO: semiautomatico


CRITERI DI CORRETTEZZA:

Chiara visione del capitello del radio e del processo olecranico.

GOMITO OBLIQUA

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è in decubito supino. Egli stende il braccio: dalla posizione AP con avambraccio supino il paziente deve leggermente extraruotare l'avambraccio. Viene posizionata la plate DR al di sotto del gomito.

	PROCEDURA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI RADIOLOGIA DOMICILIARE E RESIDENZIALE	PT-DO Rev. n° 00
	UO RADIOLOGIA CSP	Pagina 16 di 28

RAGGIO INCIDENTE:

Il raggio centrale va puntato in corrispondenza dell'epicondilo omerale.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 57; (MA 50; MS 100); MAS 5; Xray dose microGy 4; SID 120;
GRID NO;

ESPOSIMETRO semiautomatico.

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Visione del capitello radiale.

GOMITO ASSIALE

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Paziente in decubito supino, stende il braccio in esame: omero appoggiato in posizione supina, gomito flesso il più possibile. Viene posizionata il plate DR al di sotto del gomito.

RAGGIO INCIDENTE:

Raggio incidente perpendicolare al piano sensibile. Punto d'incidenza: processo olecranico. A seconda della capacità del paziente a flettere il gomito si inclina il tubo radiogeno in modo da

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 57; (MA 50; MS 100); MAS 5; Xray dose microGy 4; SID 120;
GRID NO;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Libera visione in assiale del processo olecranico.

AVAMBRACCIO AP

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Paziente in decubito supino. Si fa estendere l'avambraccio, versante dorsale in supinazione, spalla e braccio in linea con esso, mano con il palmo rivolto verso l'alto. Viene posizionato il plate DR sotto l'avambraccio.

RAGGIO INCIDENTE:

Punto di incidenza del raggio centrale: a livello del terzo medio dell'avambraccio. Raggio incidente: perpendicolare al piano sensibile.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 55; (MA 50; MS 100); MAS 5; Xray dose microGy 4; SID 120;
GRID NO;

ESPOSIMETRO: semiautomatico.

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Almeno una tra l'articolazione radio-carpica e quella del gomito deve essere compresa, radio ed ulna non devono essere sovrapposte.

POLSO PA

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:


Paziente in decubito supino, con il braccio in esame steso lungo il fianco. Il paziente poggia la mano con il palmo aperto appoggiato sul piano sensibile, avambraccio alla stessa altezza del polso, dita leggermente divaricate. Viene posizionata il plate DR al di sotto del polso.

RAGGIO INCIDENTE:

Punto di incidenza: posto a livello della linea articolare radio-carpale, e il punto di incidenza è in mezzo ai due processi stiloidei di radio e ulna. Raggio incidente: perpendicolare al piano sensibile.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 46; (MA 80; MS 100); MAS 5; Xray dose microGy 4; SID 120;
GRID NO;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

	PROCEDURA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI RADIOLOGIA DOMICILIARE E RESIDENZIALE	PT-DO Rev. n° 00
	UO RADIOLOGIA CSP	Pagina 17 di 28

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Capitato, uncinato, scafoide e semilunare risultano liberi, mentre leggermente sovrapposti risultano essere il trapezoide, il piramidale e il piriforme.

POLSO LL

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Paziente in decubito supino, con ilavambraccio flesso di 90° . Piano sagittale dell'avambraccio parallelo al piano sensibile, mano estesa con falangi unite, superficie ulnare dell'avambraccio a contatto con il piano sensibile. Il pollice viene ruotato verso l'interno della mano. Viene posizionata il plate DR al di sotto del polso.

RAGGIO INCIDENTE:

Punto di incidenza: sul processo stiloideo del radio. Raggio incidente: perpendicolare al piano sensibile.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 52; (MA 80; MS 100); MAS 8; Xray dose microGy 4; SID 120; GRID NO;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Trapezio e scafoide in parte liberi in seguito alla rotazione del pollice. Perfetta sovrapposizione delle estremità distali di radio e ulna.

POLSO OBLIQUA

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Paziente in decubito supino, con il braccio in esame steso lungo il fianco. Paziente con la mano posizionata nella cosiddetta posizione del "suonatore d'arpa", flettendo le dita in modo tale da appoggiare la superficie ulnare dell'avambraccio e ruotando di conseguenza quella radiale di circa 45°. Viene posizionato il plate DR al di sotto del polso.

RAGGIO INCIDENTE:

Punto di incidenza: nel punto intermedio tra il processo stiloideo del radio e quello dell'ulna.

Raggio incidente: perpendicolare al piano sensibile.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 52; (MA 80; MS 100); MAS 8; Xray dose microGy 4; SID 120; GRID NO;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Discreta visione dello scafoide, del trapezio e del trapeziode, questi ultimi liberamente visibili solo in tale proiezione e del piramidale che evita così la sovrapposizione con il pisiforme.

MANO PA

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:


Paziente in decubito supino, con il braccio in esame steso lungo il fianco. La mano poggia sul plate DR con il palmo poggiato ad essa, le dita sono estese e moderatamente divaricate. Mano edavambraccio in asse e orizzontali.

RAGGIO INCIDENTE:

Punto di incidenza: poco sotto l'articolazione tra il metacarpo e la falange del terzo dito. Raggio incidente: perpendicolare al piano sensibile.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 46 (MA 50; MS 100); MAS 3,2; Xray dose microGy 4; SID 120; GRID NO;

ESPOSIMETRO: semiautomatico.

	PROCEDURA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI RADIOLOGIA DOMICILIARE E RESIDENZIALE	PT-DO Rev. n° 00
	UO RADIOLOGIA CSP	Pagina 18 di 28

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Visione libera di ogni osso metacarpale, delle falangi e delle ossa carpali, fatte salve naturali sovrapposizioni di queste ultime (piramidale su pisiforme e trapezoide su trapezio).

MANO LL

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Paziente in decubito supino, con il braccio in esame steso lungo il fianco. Piano sagittale dell'avambraccio parallelo al plate DR, mano estesa con falangi unite, superficie ulnare dell'avambraccio a contatto con il piano sensibile. Il pollice viene ruotato verso l'interno della mano.

RAGGIO INCIDENTE:

Raggio incidente perpendicolare al piano sensibile. Punto d'incidenza: a metà del secondo metacarpo.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 46 (MA 50;MS 100); MAS 3,2; Xray dose microGy 4; SID 120;

GRID NO;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Perfetta sovrapposizione delle estremità distali di radio e ulna, come pure delle ossa metacarpi.

MANO OBLIQUA

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Paziente in decubito supino, con il braccio in esame steso lungo il fianco. Il paziente stende il braccio in esame in pronazione e poggia la mano sulla plate DR con il piano sagittale della mano inclinato di circa 35°-45°. Le dita devono non devono essere a contatto una con l'altra e poggiano la falange distale al plate.

RAGGIO INCIDENTE:

Punto di Incidenza: punto mediale del secondo metacarpo. Raggio incidente: perpendicolare al piano sensibile.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 46 (MA 50; MS 100); MAS 3,2; Xray dose microGy 4; SID 120;

GRID NO;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Buona visione delle ossa metacarpi e delle falangi in posizioni oblique.

BACINO AP

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è in decubito orizzontale supino a letto. Per lo studio dettagliato dell'articolazione coxo-femorale si esegue la radiografia con gli arti inferiori tenuti in estensione e in rotazione interna. Si deve fare attenzione che le gambe siano assolutamente parallele ed i piedi intraruotati. Plate DR sotto e a contatto con il bacino.


RAGGIO INCIDENTE:

Perpendicolare al piano sensibile, punto d'incidenza: spina iliaca anteriore superiore. **Nel caso di controllo di frattura si esegue anche una proiezione AP con il raggio incidente è inclinato di circa 30° in senso caudo-craniale**

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 72; (MA 400; MS 100); MAS 20; Xray dose microGy 4; SID 120;

GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

	PROCEDURA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI RADIOLOGIA DOMICILIARE E RESIDENZIALE	PT-DO Rev. n° 00
	UO RADIOLOGIA CSP	Pagina 19 di 28

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Le due ali iliache devono essere rappresentate per intero ed uniformemente esposte, così come le due articolazioni coxo-femorali, inclusi i trocanteri.

ANCA OBLIQUA (ala iliaca)

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è in decubito obliquo a letto, con il lato da esaminare aderente al piano sensibile; l'altro lato è sollevato da un cuneo. Le gambe sono leggermente flesse nell'articolazione del ginocchio. Le braccia estese oltre il capo. L'asse trasversale del corpo forma con il piano del letto un angolo di circa 45°. L'inclinazione viene mantenuta tramite adeguati presidi. Plate DR sotto e a contatto con il bacino.

RAGGIO INCIDENTE:

Punto d'incidenza del raggio centrale: al centro dell'ala iliaca. Raggio centrale: perpendicolare al piano sensibile.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 67; (MA 400; MS 100); MAS 25; Xray dose microGy 4; SID 115; GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

L'ala iliaca deve essere riprodotta completamente.

PUBE AP

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è in decubito orizzontale supino a letto. Si deve fare attenzione che le gambe siano assolutamente parallele ed i piedi in posizione simmetrica. Plate DR sotto e a contatto con il bacino.

RAGGIO INCIDENTE:

Incide a livello della sinfisi pubica con inclinazione caudo-craniale di 30°.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 67; (MA 400; MS 100); MAS 25; Xray dose microGy 4; SID 115; GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico.

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Visione assiale dei profili interno ed esterno del pube, con sovrapposizione delle branche ileo e ischio-pubiche.

BACINO PER ANCHE AP

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:


Il paziente è in decubito orizzontale supino a letto. Per lo studio dettagliato dell'articolazione coxo-femorale si esegue la radiografia con gli arti inferiori tenuti in estensione e in rotazione interna. Si deve fare attenzione che le gambe siano assolutamente parallele ed i piedi in posizione simmetrica. Plate DR sotto e a contatto con il bacino.

RAGGIO INCIDENTE:

Perpendicolare al piano sensibile, punto d'incidenza: spina iliaca anteriore superiore.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 67; (MA 400; MS 100); MAS 25; Xray dose microGy 4; SID 115; GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico.

	PROCEDURA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI RADIOLOGIA DOMICILIARE E RESIDENZIALE	PT-DO Rev. n° 00
UO RADIOLOGIA CSP		Pagina 20 di 28

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Le due ali iliache devono essere rappresentate per intero ed uniformemente esposte, così come le due articolazioni coxo-femorali, inclusi i trocanteri.

ANCA OBLIQUA

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è in decubito orizzontale supino sul tavolo radiologico. Dalla posizione decubito orizzontale, il paziente flette il ginocchio del lato in esame e ruota di 45° verso il lato dell'anca in esame. La posizione è stabilizzata dalla parziale flessione dell'arto inferiore del lato opposto, con appoggio del piede sul tavolo. Posizione mantenuta da adeguati presidi. Plate DR sotto e a contatto con il bacino.

RAGGIO INCIDENTE:

perpendicolare al piano sensibile, incide a livello dell'articolazione coxo-femorale

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 67; (MA 400; MS 100); MAS 25; Xray dose microGy 4; SID 115; GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Massimo sviluppo dell'ala iliaca posizionata in modo parallelo al piano sensibile, con ischio e pube che tendono a sovrapporsi. Il collo femorale deve essere preso quasi d'infilata con il grande trocantere parzialmente sovrapposto ad esso. Ben rappresentata è la spina ischiatica.

FEMORE AP

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Paziente in decubito supino a letto, piano sagittale mediano della gamba in esame perpendicolare al piano sensibile, rotula allo zenit. Entrambe le gambe sono estese e leggermente ruotare all'interno. Plate DR sotto e a contatto con il femore. Se non si comprendono entrambe le articolazioni coxo-femorale e del ginocchio si eseguono due radiografie.

RAGGIO INCIDENTE:

Perpendicolare al piano sensibile, il punto di incidenza corrisponde al terzo medio del femore in esame.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 73; (MA 100; MS 100); MAS 16; Xray dose microGy 4; SID 120; GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Ben visibili le articolazioni coxo-femorali e l'articolazione del ginocchio, il polo inferiore della rotula deve risultare proiettato tra le spine tibiali.

FEMORE OBLIQUA

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Paziente in decubito supino a letto, piano sagittale mediano della gamba in esame leggermente extraruotato rispetto al piano sensibile. Plate DR al di sotto e a contatto con il femore.

RAGGIO INCIDENTE:

Perpendicolare al piano sensibile, il punto di incidenza corrisponde al terzo medio del femore in esame.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 73; (MA 100; MS 100); MAS 16; Xray dose microGy 4; SID 120; GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

	PROCEDURA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI RADIOLOGIA DOMICILIARE E RESIDENZIALE	PT-DO Rev. n° 00
	UO RADIOLOGIA CSP	Pagina 21 di 28

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Visibile tutto il corpo femorale.

FEMORE LL

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Paziente in decubito laterale a letto, piano sagittale mediano della gamba parallelo al piano sensibile: si poggia la coscia in esame con la superficie laterale, la gamba leggermente flessa il Plate DR sotto e a contatto con il femore in esame. Se il paziente non mantiene la posizione laterale bisogna posizionare il plate lateralmente al femore cercando di alzare il più possibile l'ar to inferiore contro laterale.

RAGGIO INCIDENTE:

perpendicolare al piano sensibile

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 73; (MA 100; MS 100); MAS 16; Xray dose microGy 4; SID 120;

GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

I condili femorali devono risultare sovrapposti, ben visibile lo spazio femoro-rotuleo e l'articolazione coxo-femorale in laterale.

GINOCCHIO AP

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Paziente in decubito supino a letto, piano sagittale mediano della gamba in esame perpendicolare al piano sensibile, rotula allo zenit. La gamba del lato in esame estesa, l'altra leggermente abdotta. Plate DR sotto e a contatto con il ginocchio in esame.

RAGGIO INCIDENTE:

Perpendicolare al piano sensibile, il punto di incidenza è a livello della linea articolare (1cm circa sotto il bordo inferiore della rotula).

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 63; (MA 100; MS 100); MAS 8; Xray dose microGy 4; SID 120;

GRID NO;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Sono rappresentati i due contorni laterali dell'estremo distale del femore e di quello prossimale della tibia e del perone, ben visibile lo spazio articolare femoro-tibiale (presi di infilata i piatti tibiali). In sovrapposizione il contorno della rotula e il contorno mediale del perone alquanto retroposto al bordo laterale della tibia. Visibile l'area della fossetta intercondiloidea la quale risulta come una minore opacità a livello della linea mediana.

GINOCCHIO OBLIQUA

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Paziente in decubito supino a letto. La gamba del lato in esame estesa, l'altra leggermente abdotta. La gamba in esame viene extraruotata di circa 45°. Plate DR sotto e a contatto con il ginocchio in esame.

RAGGIO INCIDENTE:

Perpendicolare al piano sensibile, il punto di incidenza è a livello della linea articolare (1cm circa sotto il bordo inferiore della rotula).

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 63; (MA 100; MS 100); MAS 8; Xray dose microGy 4; SID 120;

GRID NO;

	PROCEDURA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI RADIOLOGIA DOMICILIARE E RESIDENZIALE	PT-DO Rev. n° 00
	UO RADIOLOGIA CSP	Pagina 22 di 28

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Visione della rotula proiettata sul condilo laterale del femore.

GINOCCHIO LL

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Paziente in decubito laterale a letto, piano sagittale mediano della gamba parallelo al piano sensibile: si poggia la coscia in esame con la superficie laterale, la gamba leggermente flessa il Plate DR sotto e a contatto con il ginocchio in esame. Se il paziente non mantiene la posizione laterale bisogna posizionare il plate lateralmente al ginocchio. Viene posizionato il plate DR fra le due gambe a contatto con il ginocchio in esame. Utile sollevare con degli appositi presidi la gamba in esame.

RAGGIO INCIDENTE:

Perpendicolare al piano sensibile; il punto di incidenza è 1 cm al di sotto e 1 cm medialmente al bordo inferiore della rotula.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 63; (MA 100; MS 100); MAS 8; Xray dose microGy 4; SID 120;

GRID NO;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

In evidenza anteriormente la rotula in proiezione laterale e dietro il contorno dei due condili femorali sovrapposti; la rima articolare è interrotta nel centro del suo sviluppo dal rilievo delle spine tibiali sovrapposte. Posteriormente in evidenza, in alto, i contorni posteriori dei condili femorali e, in basso, il contorno posteriore della tibia e del perone in parte sovrapposto alla tibia stessa. Ben visibile lo spazio femoro-rotuleo.

ROTULA AP

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Paziente in decubito supino a letto, piano sagittale mediano della gamba in esame perpendicolare al piano sensibile, rotula allo zenit. La gamba del lato in esame estesa, l'altra leggermente abdotta. Plate DR sotto e a contatto con il ginocchio in esame.

RAGGIO INCIDENTE:

Perpendicolare al piano sensibile, il punto di incidenza è a livello della linea articolare (1cm circa sotto il bordo inferiore della rotula).

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 60; (MA 100; MS 100); MAS 8; Xray dose microGy 4; SID 120;

GRID NO;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Sono rappresentati i due contorni laterali dell'estremo distale del femore e di quello prossimale della tibia e del perone, ben visibile lo spazio articolare femoro-tibiale. In sovrapposizione il contorno della rotula e il contorno mediale del perone alquanto retroposto al bordo laterale della tibia. Visibile l'area della fossetta intercondiloidea la quale risulta come una minore opacità a livello della linea mediana.

ROTULA OBLIQUA

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Paziente in decubito supino a letto. La gamba del lato in esame estesa, l'altra leggermente abdotta. La gamba in esame viene extraruotata di circa 45°.


	PROCEDURA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI RADIOLOGIA DOMICILIARE E RESIDENZIALE	PT-DO Rev. n° 00
	UO RADIOLOGIA CSP	Pagina 23 di 28

Plate DR sotto e a contatto con il ginocchio in esame.

RAGGIO INCIDENTE:

Perpendicolare al piano sensibile, il punto di incidenza è a livello della linea articolare (1cm circa sotto il bordo inferiore della rotula).

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 63; (MA 100; MS 100); MAS 8; Xray dose microGy 4; SID 120; GRID NO;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Visione della rotula proiettata sul condilo laterale del femore.

ROTULA LL

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Paziente in decubito supino a letto, entrambe le gambe sono estese. Viene posizionata il plate DR fra le due gambe a contatto con il ginocchio in esame. Utile sollevare con degli appositi presidi la gamba in esame.

RAGGIO INCIDENTE:

Perpendicolare al piano sensibile; il punto di incidenza è 1 cm al di sotto e 1 cm medialmente al bordo inferiore della rotula.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 63; (MA 100; MS 100); MAS 8; Xray dose microGy 4; SID 120; GRID NO;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

In evidenza anteriormente la rotula in proiezione laterale e dietro il contorno dei due condili femorali sovrapposti; la rima articolare è interrotta nel centro del suo sviluppo dal rilievo delle spine tibiali sovrapposte. Posteriormente in evidenza, in alto, i contorni posteriori dei condili femorali, e in basso, il contorno posteriore della tibia e del perone in parte sovrapposto alla tibia stessa. Ben visibile lo spazio femoro - rotuleo.

ROTULA ASSIALE

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Paziente in decubito supino con arto inferiore in esame flesso al ginocchio di 90; il plate DR è sostenuto dal paziente posteriormente alla rotula.

RAGGIO INCIDENTE:

Perpendicolare al piano sensibile e parallelo al piano d'appoggio del paziente; il raggio incidente è sul punto in mezzo tra la rima articolare del ginocchio e la rotula (all'altezza delle spine tibiali) con obliquità tale da renderlo parallelo all'asse rotuleo (circa 45°).

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 63; (MA 100; MS 100); MAS 8; Xray dose microGy 4; SID 120; GRID NO;

ESPOSIMETRO: semiautomatico


CRITERI DI CORRETTEZZA:

Ben visibile lo spazio femoro-rotuleo.

GAMBA AP

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente si trova in decubito orizzontale supino a letto con il piede rivolto verso lo zenit. La gamba in estensione poggia sul plate DR, piano sagittale mediano perpendicolare al piano

	PROCEDURA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI RADIOLOGIA DOMICILIARE E RESIDENZIALE	PT-DO Rev. n° 00
UO RADIOLOGIA CSP		Pagina 24 di 28

sensibile. Se non è possibile proiettare in unico radiogramma tutta la gamba con le due articolazioni prossimale e distale, si cerchi di rappresentare il maggior tratto delle ossa con almeno una articolazione, quella più vicina al punto in esame e poi fare un'ulteriore proiezione sull'articolazione mancante

RAGGIO INCIDENTE:

Punto di incidenza nel punto intermedio della gamba. Raggio centrale: perpendicolare piano sensibile.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 57; (MA 100; MS 100); MAS 8; Xray dose microGy 4; SID 120;

GRID NO;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Libera proiezione delle due ossa della gamba.

GAMBA LL

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è in decubito supino a letto. Entrambe le gambe estese. Viene posizionata il plate DR fra le due gambe a contatto con la gamba in esame. Utile sollevare con degli appositi presidi la gamba in esame.

RAGGIO INCIDENTE:

Punto di incidenza terzo medio dello sviluppo gamba. Raggio centrale: perpendicolare alla pellicola.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 57; (MA 100; MS 100); MAS 8; Xray dose microGy 4; ID 120; GRID NO;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Deve essere riprodotta l'intera gamba con un'articolazione.

CAVIGLIA AP

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente si trova decubito supino a letto. Il piede viene ruotato verso l'interno di 10-15 gradi.

Plate DR a contatto sotto alla caviglia.

RAGGIO INCIDENTE:

Punto di incidenza del raggio centrale: sul punto di mezzo della linea che congiunge i due malleoli.

Raggio centrale: perpendicolare al piano sensibile.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 57; (MA 100; MS 100); MAS 8; ray dose microGy 4; SID 120; GRID NO;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Ben visibile lo spazio tibio-astragalico.

CAVIGLIA LL

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente si trova in decubito supino a letto.

L'asse della gamba e l'asse del piede devono formare un angolo retto. Viene posizionata il plate DR fra le due gambe a contatto con la caviglia in esame. Utile sollevare con appositi presidi la gamba in esame.

RAGGIO INCIDENTE: Punto di incidenza del raggio centrale: al centro del malleolo laterale.

	PROCEDURA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI RADIOLOGIA DOMICILIARE E RESIDENZIALE	PT-DO Rev. n° 00
	UO RADIOLOGIA CSP	Pagina 25 di 28

Raggio centrale:perpendicolare al piano sensibile.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 57; (MA 100; MS 100); MAS 8;Xray dose microGy 4; SID 120;

GRID NO;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

I due malleoli devono sovrapporsi.

CAVIGLIA OBLIQUA

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è in decubito orizzontale supino a letto. Dalla posizione di lieve rotazione interna del piede della proiezione antero-posteriore si accentua la rotazione fino a circa 40-45 gradi. PLate DR a contatto sotto alla caviglia.

RAGGIO INCIDENTE:

Perpendicolare al piano sensibile. Punto di incidenza sul punto di mezzo e all'altezza dei due malleoli.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 57; (MA 100; MS 100); MAS 8; Xray dose microGy 4; SID 120;

GRID NO;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Libera proiezione del malleolo peroneale.

PIEDE AP

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è steso a letto, la gamba del lato in esame è flessa al ginocchio e tiene il piede appoggiato con la faccia plantare sul piano sensibile. PLate DR a contatto sotto il piede. RAGGIO INCIDENTE:

L'incidenza avviene a livello dell'estremo prossimale del terzo metatarsale.

Il raggio centrale dovrà avere una inclinazione di 15-20 gradi in senso caudo-craniale.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 52; (MA 100; MS 100); MAS 5; Xray dose microGy 4; SID 120;

GRID NO;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Ben visibili e separati i rapporti articolari tra falangi e ossa metatarsali, 1° e 2° cuneiforme, lato mediale dello scafoide.

PIEDE OBLIQUA

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è in decubito supino a letto; il piede poggia sul plate DR col suo bordo mediale (alzare il bordo laterale sollevando il piede per formare con il piano sensibile un angolo di 45°).

RAGGIO INCIDENTE:

Punto di incidenza del raggio centrale: a livello dell'estremo prossimale del quarto metatarsale.

Raggio centrale: lieve obliquità caudo-craniale.


VALORI ESPOSIMETRICI: KV 52; (MA 100; MS 100); MAS 5; Xray dose microGy 4; SID 120;

GRID NO;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Ben visibili le interlinee articolari tra i metatarsi e tarso metatarso.

	PROCEDURA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI RADIOLOGIA DOMICILIARE E RESIDENZIALE	PT-DO Rev. n° 00
	UO RADIOLOGIA CSP	Pagina 26 di 28

PIEDE LL

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente si trova in decubito supino a letto con appoggio della faccia dorsale della gamba sul letto. L'asse della gamba e l'asse del piede devono formare un angolo retto. Viene posizionato il plate DR fra le due gambe a contatto con il piede in esame. Utile sollevare con appositi presidi la gamba in esame.

RAGGIO INCIDENTE:

Punto d'incidenza del raggio centrale: a livello dell'estremo prossimale del primo metatarsale.

Raggio centrale: perpendicolare detector.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 52; (MA 100; MS 100); MAS 5; Xray dose microGy 4; SID 120;

GRID NO;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Parzialmente sovrapposte le falangi e il 1°, 2° e 3° metatarso, ben evidente il 4°, 5° metatarso, il cuboide e lo spazio articolare tra calcagno e astragalo.

CALCAGNO ASSIALE

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è supino a letto con appoggio della tuberosità posteriore del calcagno al plate DR; il piede è disposto sulla verticale e tenuto forzatamente in flessione dallo stesso paziente a mezzo di una fascia applicata alla parte anteriore del piede e tesa dal paziente.

RAGGIO INCIDENTE:

Punto di incidenza del raggio centrale: incide alla pianta del piede, verso il suo 3° medio.

Raggio centrale: obliquità caudo-craniale di circa 45 gradi.

VALORI ESPOSIMETRICI KV 55 (MA 100; MS 100); MAS 10; Xray dose microGy 4; SID 120;

GRID NO; ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Libera proiezione del calcagno.

CALCAGNO OBLIQUA

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è in decubito supino a letto; il piede poggia sul plate DR dal lato mediale; il versante plantare è sollevata quanto basta per formare con il piano sensibile un angolo di 45°.

RAGGIO INCIDENTE:

Punto di incidenza del raggio centrale: a livello del calcagno. Raggio centrale: lieve obliquità caudo-craniale.

VALORI ESPOSIMETRICI KV 55 (MA 100; MS 100); MAS 10; Xray dose microGy 4; SID 120;

GRID NO;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Ben visibili le interlinee articolari tra i metatarsi e tarso metatarso.

	PROCEDURA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI RADIOLOGIA DOMICILIARE E RESIDENZIALE	PT-DO Rev. n° 00
	UO RADIOLOGIA CSP	Pagina 27 di 28

CALCAGNO LL

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente si trova in decubito supino a letto con appoggio del versante dorsale della gamba sul letto. L'asse della gamba e l'asse del piede devono formare un angolo retto. Viene posizionato il plate DR fra le due gambe a contatto con il piede in esame. Utile sollevare con appositi presidi la gamba in esame.

RAGGIO INCIDENTE:

Punto d'incidenza del raggio centrale: a livello del calcagno.

Raggio centrale: perpendicolare alla pellicola.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 55; (MA 100; MS 100); MAS 8; Xray dose microGy 4; SID 120;

GRID NO;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Parzialmente sovrapposte le falangi e il 1°, 2° e 3° metatarso, ben evidente il 4°, 5° metatarso, il cuboide e lo spazio articolare tra calcagno e astragalo.

ADDOME LL

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Paziente in decubito supino. Il fianco del paziente viene posizionato il più vicino possibile al piano sensibile e con il piano sagittale mediano parallelo al piano sensibile. Le braccia vanno portate sopra la testa.

RAGGIO INCIDENTE:

Perpendicolare al piano sensibile. Punto d'incidenza: tre cm al di sopra della cresta iliaca.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 73; (MA 320; MS 100); MAS 40; Xray dose microGy 4; SID 120;

GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

È molto importante che vengano riprodotti sul radiogramma l'addome i due emidiaframmi.

ADDOME TRICLINARE

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Paziente in decubito laterale sn. Il paziente viene posizionato il più vicino possibile al DR e con il piano sagittale mediano perpendicolare al piano sensibile. Le braccia vanno portate sopra la testa.

RAGGIO INCIDENTE:

Perpendicolare al piano sensibile. Punto d'incidenza: 3 cm al di sopra della cresta iliaca.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 73; (MA 320; MS 100); MAS 40; Xray dose microGy 4; SID 120;

GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Deve essere ben visibile la porzione sotto diaframmatica.

ADDOME AP supino

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Il paziente è in decubito supino a letto, con le braccia addotte al tronco. La colonna vertebrale si trova sul centro del piano sensibile. Plate DR sotto e a contatto con il dorso del paziente.

 <p>REGIONE DEL VENETO ULSS6 EUGANEA</p>	<p>PROCEDURA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI RADIOLOGIA DOMICILIARE E RESIDENZIALE</p>	<p>PT-DO Rev. n° 00</p>
<p>UO RADIOLOGIA CSP</p>		<p>Pagina 28 di 28</p>

RAGGIO INCIDENTE:

Punto d'incidenza del raggio centrale: sul piano mediano e tre centimetri sopra le creste iliache. Se non è possibile visualizzare tutto l'addome in un'unica radiografia ne vengono eseguite due: una per l'addome e una per i diaframmi.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 80; (MA 320; MS 100); MAS 40; Xray dose microGy 4; SID 120; GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA: È molto importante che venga riprodotto sul radiogramma tutto il volume dell'addome compresi i due emidiaframmi.

CRANIO AP

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Paziente in decubito supino orizzontale piano sagittale mediano perpendicolare al piano sensibile. Piano di Francoforte perpendicolare al piano sensibile.

RAGGIO INCIDENTE:

Perpendicolare al piano sensibile. Punto d'incidenza: glabella.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 77; (MA 200; MS 100); MAS 40; Xray dose microGy 4; SID 120; GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

Oltre alla teca cranica e a parte della squama occipitale sovrapposta parzialmente alla prima, sono in evidenza le suture lambdoidea e coronaria; bene evidenti inoltre il piano etmoideo-sfenoidale. Ben rappresentati il bordo orbitario, parte delle petrose e i seni frontali.

CRANIO LL

POSIZIONAMENTO PAZIENTE:

Paziente in decubito supino orizzontale, viene posizionata una plate DR di lato e aderente alla testa del paziente, piano sagittale mediano parallelo al piano sensibile. Piano di Francoforte parallelo al piano sensibile.

RAGGIO INCIDENTE:

Punto di incidenza del raggio centrale: superiormente ed anteriormente al meato uditivo esterno.

Raggio centrale: perpendicolare al piano sensibile.

VALORI ESPOSIMETRICI: KV 73; (MA 200; MS 100); MAS 16; Xray dose microGy 4; SID 120; GRID 1;

ESPOSIMETRO: semiautomatico

CRITERI DI CORRETTEZZA:

La sella turcica deve essere proiettata completamente isolata, il pavimento della sella turcica deve apparire come un tratto, non come una linea doppia. I processi clinoidi devono sovrapporsi, così pure il margine della fossa cranica media ed i due condili mascellari.