MVZ Kaiserslautern
Westpfalz-Klinikum

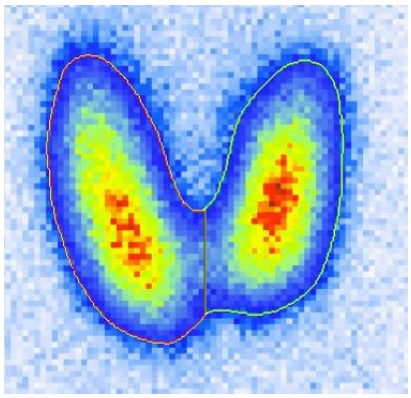
MVZ-Praxis **MVZ Nuklearmedizin**
Fachliche Leitung **Dr. med. Daniela Leppert**
Fachärztin für Nuklearmedizin
Adresse Hellmut-Hartert-Straße 1
67655 Kaiserslautern
Telefon 0631/ 203 81970
Telefax 0631/ 203 1967
Email nuk@westpfalz-klinikum.de

Untersuchung – Schilddrüsenszintigrafie

Name:_____

Geburtsdatum:_____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,



bei Ihnen ist eine nuklearmedizinische Untersuchung der Schilddrüse geplant (Schilddrüsenszintigrafie).
Es handelt sich hierbei um eine Funktionsuntersuchung, d.h. Stoffwechselvorgänge in der Schilddrüse werden mit einem bildgebenden Verfahren untersucht.
Diese Untersuchung ist notwendig für die Beurteilung von Knoten in der Schilddrüse (heiß=mehrspeichernd oder kalt=minderspeichernd) oder bei Funktionsstörungen der Schilddrüse (insbesondere Schilddrüsenüberfunktion).

Durchführung der Schilddrüsenszintigrafie:
Es wird eine sehr kleine Menge eines schwach radioaktiven Medikamentes in Ihre Armvene gespitzt. Das ist in der Regel nicht schmerzhaft. Nach wenigen Minuten reichert sich das Arzneimittel in der Schilddrüse an. Dabei werden Strahlen ausgesendet, die mit der Kamera gemessen werden können. Ca. 10-25 Min. nach Injektion wird eine Aufnahme von der Schilddrüse gemacht. Diese dauert 5 Min. Nach der Aufnahme können Sie die Praxis verlassen. Wir schicken dem Zuweiser einen Bericht mit unserer Therapieempfehlung. Da wir hierfür die abgenommenen Blutwerte abwarten müssen, dauert es ca. 2 Wochen, bis der Bericht bei Ihrem Zuweiser eintrifft.

Ist die Untersuchung schmerzhaft oder gefährlich?
Die Injektion des Mittels kann manchmal etwas unangenehm sein. Die Aufnahme der Bilder ist jedoch nicht schmerzhaft. Man muss lediglich während der Untersuchung still liegen, damit die Aufnahmen nicht verwackeln. Wir werden Sie so bequem wie möglich lagern. Bei Bedarf können Sie Schmerzmittel von uns erhalten. In sehr seltenen Fällen können allergische Reaktionen gegen die verabreichten Substanzen auftreten.

Schwangerschaft und Stillzeit
Falls eine Schwangerschaft bestehen sollte, wird die Untersuchung nur dann durchgeführt, wenn sie unverzichtbar ist und Sie mit der Durchführung einverstanden sind. Da die radioaktiven Stoffe in die Muttermilch übergehen können, sollte eine Stillpause über ca. 24 h eingehalten werden. Entsprechend kann vor der Untersuchung ein Milchvorrat angelegt werden.

Kinder
Bei Kindern wird besonders genau geprüft, ob eine nuklearmedizinische Untersuchung erforderlich ist. Wir passen die Menge des verabreichten radioaktiven Mittels an das Körpergewicht der Kinder an – es werden viel geringere Mengen gegeben als bei Erwachsenen!

Vorbereitung
Sie dürfen vor der Untersuchung essen und trinken und Ihre Medikamente einnehmen. Folgende Medikamente sollten Sie jedoch absetzen bzw. pausieren:

- L-Thyroxin bitte am Untersuchungstag NICHT einnehmen
- Thiamazol, Carbimazol, Thyrozol, Propycil (=Thyreostatika) bitte 48 h vorher pausieren

Bringen Sie aktuelle auswärtige Vorbefunde in Kopie mit.

- Falls aktuell ein CT oder MRT angefertigt wurde, bringen Sie bitte eine CD mit den Bildern mit, damit wir diese in unser System einlesen können.
- Bringen Sie Ihren Medikamentenplan mit.

Ihre Kleidung dürfen Sie für die Untersuchung anbehalten. Legen Sie bitte alle metallischen Gegenstände ab (Gürtel, Schmuck, Uhren, Schlüssel, Geld, Haarspangen etc.)

Nach der Untersuchung
Die Strahlendosis ist so gering, dass Sie keinen gesetzlichen Einschränkungen unterliegen. Die Strahlung baut sich in der Regel innerhalb von 24 h fast vollständig ab. Trinken Sie nach der Untersuchung reichlich Flüssigkeit, damit die radioaktive Substanz rasch ausgeschieden wird.

Fragen (bitte ankreuzen):

Sind Sie schwanger oder stillen Sie ?	□nein	□ja
Haben Sie in den letzten 8 Wochen eine Röntgenuntersuchung erhalten, bei der jodhaltiges Kontrastmittel verwendet wurde (z.B. CT, Herzkatheter)	□nein	□ja, wann? _____
Möchten Sie eine Kopie von diesem Aufklärungsbogen ausgehändigt bekommen ?	□nein	□ja

Anmerkung Ärztin/Arzt:

_____

_____

_____

Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden.

Ort, Datum: _____ _____
Unterschrift: Patientin/Patient

_____ _____
Ärztin/Arzt **Sorgeberechtigter z.B.bei Minderjährigen**

Im Falle einer Ablehnung:
Ich bin nicht mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden.

_____
Unterschrift: Patientin/Patient