

## Patientenaufklärung / Dokumentation Schilddrüsenszintigraphie

Patientenaufkleber:
---------------------

Radiopharmakon:	
Aktivität:	
Injektionszeit:	
Größe:	Gewicht:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie wurden zu einer **Schilddrüsenszintigraphie** überwiesen, um eine Erkrankung abzuklären oder auszuschließen oder um einen Therapieerfolg zu überprüfen.

Eine Szintigraphie ist eine nuklearmedizinische Untersuchung, bei der eine leicht radioaktive Substanz intravenös verabreicht wird, deren Verteilung in den Organen anschließend gemessen wird. Bei der **Schilddrüsenszintigraphie** wird die Aufnahme und Verteilung in der Schilddrüse gemessen und die Lage, Größe, Form und das Speicherverhalten (Uptake) der Schilddrüse beurteilt.

Ihnen wird ein Arzneimittel intravenös verabreicht, welches eine geringe Menge eines **kurzlebigen radioaktiven Isotops** ( $^{99m}\text{Tc}$ ) enthält. Die eigentliche Aufzeichnung erfolgt 20 Minuten nach Injektion und wird mit einer Gammakamera durchgeführt.

Die Dauer der Aufzeichnung beträgt ca. 5 Minuten. Anschließend wird am Computer das Bild, das von Ihrer Schilddrüse aufgezeichnet wurde, bearbeitet und befundet.

### *Vorbereitung*

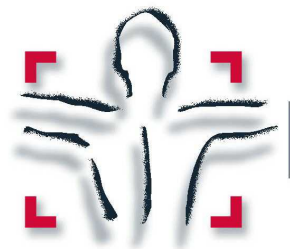
Sie müssen **nicht nüchtern** sein. Falls Sie aber **Schilddrüsenmedikamente** einnehmen, dürfen Sie diese am **Untersuchungstag nicht** einnehmen.

### *Untersuchung*

Die Kleidung können Sie anbehalten. Ihren Halsschmuck müssen Sie ablegen.

Die Aufzeichnung erfolgt **im Sitzen**. Das Gerät verursacht keine lauten Geräusche.

Bei einer Schilddrüsenuntersuchung ist die Strahlung so gering, dass nach der Untersuchung keine speziellen Vorsichtsmaßnahmen erforderlich sind.



**Patientenaufklärung / Dokumentation Schilddrüsenszintigraphie**

**Informationen für den Arzt**

- 1) Waren Sie schon einmal zur Szintigraphie? o Nein o Ja  
 Wann? \_\_\_\_\_ Welche? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_
- 2) Wurde unlängst eine Sonographie der Schilddrüse durchgeführt? o Nein o Ja  
 Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_
- 3) Wurde schon einmal eine Radiojodtherapie durchgeführt? o Nein o Ja  
 Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_
- 4) Wurden Sie schon einmal an der Schilddrüse operiert? o Nein o Ja  
 Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_
- 5) Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein? o Nein o Ja  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
 abgesetzt seit? \_\_\_\_\_
- 6) Wurde im letzten halben Jahr eine jodhaltige Kontrastmitteluntersuchung (z. B. CT, Herzkatheter) bei Ihnen durchgeführt? o Nein o Ja  
 Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_
- 7) Liegen aktuelle Schilddrüsenhormonwerte vor? o Nein o Ja  
 Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  
 TSH: \_\_\_\_\_ fT4: \_\_\_\_\_ T3: \_\_\_\_\_ (fT3: \_\_\_\_\_)
- 8) Besteht eine Allergie? o Nein o Ja  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
  
- 9) Könnten Sie schwanger sein? o Nein o Ja
- 10) Stillen Sie? o Nein o Ja
- 11) Nehmen Sie die Pille? o Nein o Ja

MTRA:

**Einwilligungserklärung**

- Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Untersuchung ein.
- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Patientenaufklärung gelesen und verstanden habe. Eine Kopie dieser Aufklärung erhalte ich auf Wunsch.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes