

Patientenangaben bzw. Etikett

Name, Vorname	Geburtsdatum
PLZ, Ort	
Straße, Nr.	

Chefarzt: PD Dr. Martin Freesmeyer

Tel.: 03641/ 9-329801

Fax: 03641/ 9-329802

<http://www.nuklearmedizin.uniklinik-jena.de/>
Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

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

Die **Schilddrüsenszintigraphie** ist eine nuklearmedizinische Untersuchung, bei der eine leicht radioaktive Substanz intravenös verabreicht wird, deren Aufnahme und Speicherung gemessen wird. Mittels dieser Szintigraphie wird die Lage, Größe, Form und das Speicherverhalten der Schilddrüse beurteilt. Weiterhin wird der Tc-Uptake bestimmt.

Sie erhalten eine geringe Menge eines **kurzlebigen radioaktiven Arzneimittels** (99m Tc Pertechnetat) intravenös verabreicht. Die Untersuchung wird mit der Gammakamera durchgeführt.

Die gesamte Untersuchungszeit beträgt ca. **30 Minuten**. Anschließend wird am Computer das Bild, das von Ihrer Schilddrüse aufgezeichnet wurde, bearbeitet und befundet.

Vorbereitung

Sie müssen **nicht nüchtern** zu uns kommen. **Schilddrüsenmedikamente** müssen nach Absprache mit Ihrem behandelnden Arzt mindestens **6 Wochen vor der Untersuchung abgesetzt** werden.

Bringen Sie bitte Ihre aktuellen Schilddrüsenhormonwerte sowie, wenn vorhanden, einen aktuellen Ultraschallbefund mit.

Untersuchung

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

Sie Untersuchung erfolgt im Sitzen und dauert 4 Minuten. Das Gerät verursacht keine lauten Geräusche. Gegebenfalls erfolgt ergänzende Diagnostik durch Ultraschall.

Im Anschluss wird der Arzt den Befund mit Ihnen besprechen.

Nach der Untersuchung sollten Sie reichlich Wasser trinken und die Blase häufig entleeren.

Für 2 Stunden meiden Sie bitte engen körperlichen Kontakt mit Schwangeren und Kleinkindern, gegenüber anderen Personen sind keine Vorsichtsmaßnahmen nötig. Sie können z.B. Auto fahren oder normal zu Ihrem Arbeitsplatz bzw. auf Station zurück.

Informationen für den Arzt

- Waren Sie schon einmal zu einer Szintigraphie? () nein () ja
 Wann? _____
 Welche? _____ Wo? _____
- Liegt ein aktueller Sonographiebefund der Schilddrüse vor? () nein () ja
 Wann? _____
- Wurde schon einmal eine Radio-Jod-Therapie durchgeführt? () nein () ja
 Wann? _____
- Wurden Sie an der Schilddrüse operiert? () nein () ja
 Wann? _____
- Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein? () nein () ja Welche? _____
 abgesetzt seit? _____
- Wurde im letzten halben Jahr eine jodhaltige Kontrastmitteluntersuchung (z.B. CT, Herzkathe-
 ter) bei Ihnen durchgeführt? () nein () ja
 Wann? _____
- Liegen aktuelle Schilddrüsenhormonwerte vor? () nein () ja
 Von wann? _____
 TSH: FT4: T3:
- Besteht eine Allergie? () nein () ja Welche?
 Könnten Sie schwanger sein? () nein () ja
 Stillen Sie? () nein () ja Nehmen Sie die Pille? () nein () ja

Einwilligungserklärung

Ich hatte genügend Zeit mich mit den Besonderheiten der Untersuchung zu beschäftigen.

Alle meine Fragen wurden mir ausreichend beantwortet.

Nach gründlicher Überlegung willige ich in die Schilddrüsenszintigraphie und die damit verbundenen Interventionen ein.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Patientenaufklärung gelesen und verstanden habe. Eine Kopie der Aufklärung habe ich erhalten.

 Ort, Datum

 Unterschrift Patient / Bevollmächtigter/
 Betreuer/ Sorgeberechtigter

 Ort, Datum

 Unterschrift Arzt

Aufkleber Injektion

Aufkleber
 Rückmessung

 Unterschrift MTA