

**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,**

Sie wurden zu einer **Schmerztherapie** überwiesen, um Knochenschmerzen, hervorgerufen durch eine Krebserkrankung, zu lindern.

In vielen Tochtergeschwülsten im Skelett ist die Stoffwechselaktivität gegenüber dem umliegenden gesunden Knochengewebe stark erhöht. Dies macht man sich bei der Radionuklidtherapie zunutze, bei der Substanzen zum Einsatz kommen, die sich um so stärker im Knochengewebe anreichern, je höher die Stoffwechselaktivität ist. Man kann so die Wirkstoffe gezielt an die Krebszellen heranbringen, sogar an Tochtergeschwülste, die bisher noch nicht diagnostiziert werden konnten.

Sie erhalten eine geringe Menge eines **radioaktiven Arzneimittels** (Beta Strahler) intravenös verabreicht. Reichert sich nun das Radionuklid in einer Tochtergeschwulst im Knochen an, so kommt es durch die Bestrahlung des Tumors bei etwa 80% der Patienten zu einer deutlichen Verringerung der Schmerzen in den betroffenen Gebieten.

In wenigen Fällen kann es bis etwa drei Tage nach der Injektion zu einer kurzfristigen Verstärkung der Schmerzen kommen. Die Wirkung der Therapie setzt normalerweise drei bis sieben Tage nach der Injektion ein. Erst dann sollte in Absprache mit dem behandelnden Arzt die Einnahme der Schmerzmittel verringert werden. Die **Wirkungsdauer beträgt bis zu vier Monate**, in Einzelfällen auch länger. Die **Radionuklidtherapie** ist sehr gut verträglich und kann problemlos **mehrfach wiederholt werden**, sobald sich das Blutbild wieder normalisiert hat. Nach Bestätigung der Therapie durch Ihre Krankenkasse, erhalten Sie innerhalb der nächsten 14 Tage den Behandlungstermin. Die Behandlungszeit beträgt ca. **3 Stunden**.

**Nebenwirkungen**

Die Radionuklidtherapie führt zu einer vorübergehenden Veränderung des Blutbildes: weiße Blutkörperchen und Blutplättchen verringern sich. Spätestens nach acht Wochen ist jedoch normalerweise der Ausgangswert wieder erreicht. Aus diesem Grunde soll das Blutbild nach der Therapie acht Wochen lang kontrolliert werden.

**Vorbereitung**

Es muss uns ein **aktuelles Skelettszintigramm** vorliegen, welches in unserer Abteilung durchgeführt werden kann, sowie ein aktuelles **Blutbild** (vom Hausarzt). Sie müssen **nicht nüchtern** zu uns kommen.

**Ablauf der Untersuchung**

Zuerst bekommen Sie eine Venenverweilkanüle gelegt und das Radionuklid wird über den Zugang injiziert. Anschließend erhalten Sie eine Infusion (E153 Elektrolytlösung).

Nach der Infusion wird mittels einer Gammakamera die Verteilung des Radionuklids aufgezeichnet. Die Kleidung können Sie anbehalten, nur metallische Gegenstände sind abzulegen bzw. aus den Taschen zu nehmen (Gürtel, Münzen, Schlüssel etc.)

Für die Untersuchung werden Sie bequem gelagert, da Sie anschließend möglichst ruhig auf dem **Rücken liegen** müssen. Das Gerät verursacht keine lauten Geräusche.

Nach der Behandlung sollten Sie reichlich Wasser trinken und die Blase häufig entleeren. Für 48 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.

verantwortlich: A. Breßler

**Informationen für den Arzt**

Bitte füllen Sie den Fragebogen zur Schmerztherapie aus.

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 Behandlung zu beschäftigen.  
Alle meine Fragen wurden mir ausreichend beantwortet.

Nach gründlicher Überlegung willige ich in die Schmerztherapie 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

**Anmerkungen**

---

---

---