

Szintigrafie zum Ausschluss eines Schilddrüsenkarzinoms

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie stellen sich heute zur Durchführung einer Tumorszintigrafie der Schilddrüse vor. Hierzu wird eine radioaktive Substanz in eine Vene gespritzt und nach ca. 60 Minuten die eigentliche Szintigrafie durchgeführt. Dazu sitzen Sie 5-10 Minuten vor einer Gammakamera, die die Verteilung dieser Substanz in der Schilddrüse aufzeichnet. Zusätzlich werden SPECT-Aufnahmen angefertigt, wo sich einer Kamera um sie herum dreht. Dies dauert ca. 30 Minuten. Ziel ist es, die Aktivität in dem vorliegenden kalten Knoten (aus der normalen Schilddrüsenszintigrafie bekannt) zu erfassen. Die Untersuchung beruht auf der Feststellung, dass bösartige Tumoren sich in dieser Szintigrafie darstellen und ein Großteil der gutartigen Schilddrüsenknoten nicht. Letztere können nur mit großer Sicherheit nachgewiesen werden. Ein sich in dieser speziellen Szintigrafie darstellender Knoten (der Knoten speichert das Radiopharmakon) kann sowohl gut- als auch bösartig sein.

Diese Untersuchung ist praktisch nebenwirkungsfrei, es werden keine Allergien ausgelöst und bis auf die Injektion werden Sie keine Schmerzen verspüren. Es kann ein metallischer Geschmack auftreten. Einzig die radioaktive Substanz kann strahlungsbedingte Nebenwirkungen haben.

Die **Strahlenexposition** ist etwas geringer als bei der Computertomografie des Brustkorbes. Die Alternative zur Bestimmung der Gutartigkeit des Knotens stellt die Feinnadelpunktion dar.

Vorbereitung:

Für diese Untersuchung müssen Sie nicht nüchtern sein. Ihnen sollten die aktuellen Medikamente bekannt sein. Vorhandene Schilddrüsenlaborwerte und Ultraschallbefunde bringen Sie bitte mit.

Untersuchung:

Sie sitzen 5-10 Minuten vor einer Gammakamera in einem normalen Raum. Sie schauen dabei über den Kamerakopf hinweg. Anschließend wird die SPECT-Aufnahme angefertigt – Dauer ca. 30 Minuten. Sie müssen sich nicht entkleiden, jedoch sollte der Halsschmuck für den Untersuchungstag zu Hause bleiben.

Einverständniserklärung zur Datenspeicherung und -weitergabe

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden, dass gemäß § 73 (1b) SGB V, die Nuklearmedizin Coburg Dr. Sojka Informationen bei weiteren Leistungserbringern einholen und bei mir erhobene Befunde und Bilder, ggf. auch mittels EDV, mitbehandelnden Ärzten übermitteln kann.

ja nein

Welcher Arzt - außer dem Überweiser - soll zusätzlich eine Befundkopie erhalten.

Telefonisch bin ich zu erreichen unter: privat: _____ dienstlich: _____

Coburg, den _____

Unterschrift der/des Patientin/en bzw. Erziehungsberechtigte/r

Informationen für den Arzt

[PA_ID]

Wurde bisher eine Szintigrafie durchgeführt? ja nein

Wann? _____ Wo? _____

Welche? _____

Wurden Sie schon einmal bestrahlt? ja nein

Wann? _____ Wo? _____

Welche Region? _____

Wurden Sie schon operiert? ja nein

Wann? _____ Wo? _____

Welche Region? _____

Haben Sie Beschwerden oder besteht eine Allergie? _____

Sind Sie schwanger oder stillen Sie derzeit? ja nein

Körpergewicht: _____ kg Größe _____ cm

Ich wurde über diese Untersuchung aufgeklärt und konnte mich ausreichend lange damit und der damit verbundenen Intervention beschäftigen. Die von mir gemachten Angaben entsprechen meinem aktuellen Kenntnisstand. Ich willige in diese Untersuchung ein.

Coburg,
Ort, Datum

Unterschrift Patient/-in

Unterschrift Arzt

Applikation: