RADIOLOGIE NUKLEARMEDIZIN
KAUFBEUREN • LANDSBERG • FÜSSEN

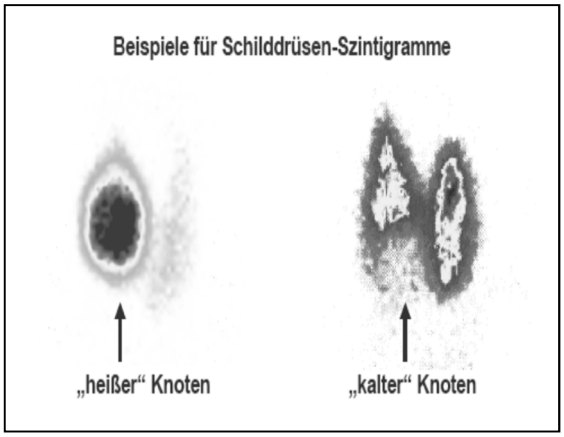
Schilddrüsen-Szintigraphie

Patienteninformation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bei Ihnen soll eine nuklearmedizinische Untersuchung der Schilddrüse durchgeführt werden (eine so genannte „Schilddrüsen-Szintigraphie“). Hierbei erfolgt eine Darstellung der Schilddrüsen-Funktion mittels einer schwach radioaktiven Substanz mit dem Namen „Technetium-99m“ (Tc99m), die üblicherweise in eine Armvene gespritzt wird. Es handelt sich dabei **nicht** um ein Kontrastmittel, sondern um eine Substanz, die ähnlich wie Jod in die Schilddrüse aufgenommen wird. Nebenwirkungen oder Allergien durch Tc99m sind bisher nicht bekannt.

An der Einstichstelle kann es gelegentlich einmal zu einem kleinen Bluterguss oder einer Nachblutung kommen, wie bei jeder normalen Blutentnahme auch. Dies gilt insbesondere dann, wenn Sie Medikamente zur Blutverdünnung einnehmen (z.B. Marcumar®). Andere Komplikationen wie z.B. Infektionen oder Nervenverletzungen sind außerordentlich selten.

Die Untersuchung selbst ist nicht schmerzhaft. Sie müssen auch nicht nüchtern sein.



Nach Injektion reichert sich das Tc99m in der Schilddrüse an. Je aktiver die Schilddrüsen-Funktion ist, desto intensiver ist die Anreicherung. Von Interesse ist insbesondere die Funktion von Knoten, die sich häufig in einer vergrößerten (aber auch in einer normal großen) Schilddrüse bilden können. Man unterscheidet dabei Knoten mit einer gesteigerten Funktion (so genannte „heiße“ Knoten) von solchen, die nur eine geringe oder gar keine Stoffwechselaktivität besitzen („kalte“ Knoten).

„Heiße“ Knoten oder eine vermehrte Aktivität der gesamten Schilddrüse sind verantwortlich für die Entstehung einer Schilddrüsen-Überfunktion.

Etwa 20 Minuten nach der Injektion fertigt man mit einer Spezial-Kamera ein Bild der Schilddrüse an, das so genannte „Szintigramm“. Diese Aufnahme dauert fünf Minuten. Während dieser Zeit sitzen Sie mit leicht nach hinten überstrecktem Kopf vor der Kamera, Sie kommen also **nicht** in eine Röhre. Vor dieser Aufnahme sollten Sie bitte Ihren Halsschmuck entfernen.

Wie jede Untersuchung mit radioaktiven Stoffen oder Röntgenstrahlen ist auch die Schilddrüsen-Szintigraphie mit einer gewissen Strahlenbelastung verbunden. Diese gibt man als „Effektive Dosis“ mit der Einheit „Milli-Sievert“ (mSv) an. Für die Schilddrüsen-Szintigraphie ist diese sehr gering und beträgt weniger als 1 mSv. Zum Vergleich: die „natürliche Strahlenbelastung“ in Deutschland liegt je nach Aufenthaltsort bei 1 - 5 mSv pro Jahr.

BITTE WENDEN!

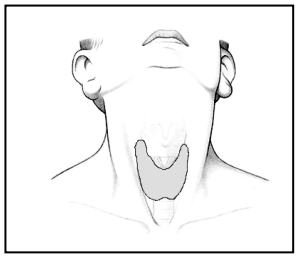
Aufklärungs- & Fragebogen
Abteilung: NUK

RADIOLOGIE NUKLEARMEDIZIN
KAUFBEUREN • LANDSBERG • FÜSSEN

Schilddrüsen-Szintigraphie

Name, Vorname _____ Geb.Datum _____

Patientenfragebogen



Grund der Untersuchung: (bitte ankreuzen bzw. ausfüllen):

☐ Zufallsbefund einer Schilddrüsenvergrößerung, keine Beschwerden

☐ Zufallsbefund eines auffälligen Laborwertes, keine Beschwerden

☐ wegen Beschwerden am Hals; wo? (ggf. einzeichnen) _____→

seit wann? _____

☐ wegen allgemeiner Beschwerden:

welche: _____, seit wann ? _____

welche: _____, seit wann ? _____

☐ Verlaufskontrolle, z.B. nach Operation, Radioiodtherapie, medikamentöser Therapie: _____

Wurde in letzter Zeit eine Röntgenuntersuchung mit jodhaltigem Kontrastmittel bei Ihnen durchgeführt?

(z. B. CT, Herzkatheter) ☐ nein

☐ ja

Allgemeine Angaben:

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Gewichtsveränderung im letzten halben Jahr in kg: Zunahme: ____ ; Abnahme: ____

Allgemeinbefinden (0-10; 0 = sehr schlecht; 10 = ausgezeichnet): ____

Schwerere Vorerkrankungen (z.B. Herzinfarkt; Krebs; Diabetes, etc.)_____

Schilddrüsenerkrankungen in der Familie:☐ nein

☐ Ja; wer: _____; wie behandelt? ____; Tabletten:_____

wer: _____; wie behandelt? ____; Tabletten: _____

Frauen im gebärfähigen Alter: Ist bei Ihnen eine Schwangerschaft **ausgeschlossen**? ☐ ja ☐ nein

Medikamente für die Schilddrüse:

Name	Dosierung	von	bis

Ich wünsche eine Kopie des Aufklärungsbogens ☐ ja ☐ nein

Erklärung über die Einwilligung
Nach gründlicher Überlegung willige ich in die Szintigraphie ein. Ich benötige keine zusätzliche Bedenkzeit.

…….. den ……

Ort Datum Unterschrift Patient(in) Unterschrift Ärztin/Arzt