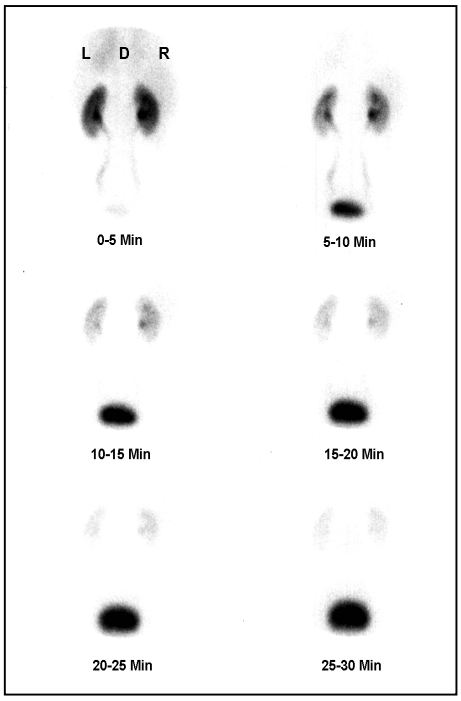
RADIOLOGIE NUKLEARMEDIZIN
KAUFBEUREN • LANDSBERG • FÜSSEN

Nieren-Funktions-Szintigraphie

Patienteninformation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bei Ihnen soll eine nuklearmedizinische Untersuchung der Nieren durchgeführt werden (eine so genannte „Nieren-Funktions-Szintigraphie“). Hierbei erfolgt eine Darstellung ihrer Nierendurchblutung und -funktion mittels einer schwach radioaktiven Substanz („Tc99m-MAG3“), die üblicherweise in eine Armvene gespritzt wird. Es handelt sich dabei **nicht** um ein Kontrastmittel. Nebenwirkungen oder Allergien durch diese Substanz 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 an sich ist nicht schmerzhaft. Sie müssen auch nicht nüchtern sein. Etwa eine halbe Stunde vor Untersuchungsbeginn sollen Sie nach Rücksprache mit uns noch eine an Ihr Körpergewicht angepasste Menge an Flüssigkeit zu sich nehmen.

Bei der Frage nach einer Einengung der Nierenarterien als Ursache eines Bluthochdrucks kann es zudem erforderlich sein, ein Blutdruckmedikament (ACE-Hemmer, z.B. Captopril®) vor der Untersuchung einzunehmen. Ggf. muss an einem zweiten Untersuchungstag eine Wiederholungsszintigraphie (ohne vorherige Einnahme dieses Blutdruckmittels) durchgeführt werden.

Die Aufnahmen (so genannte „Szintigramme“) beginnen unmittelbar nach der Injektion der radioaktiven Substanz und dauern etwa 30 Minuten. Hierfür verwendet man eine Spezial-Kamera. Sie liegen während der Untersuchung bequem auf einer besonderen Patientenliege; Sie kommen also **nicht** in eine Röhre. Vor diesen Aufnahmen sollten Sie bitte alle metallischen Gegenstände vom Körper entfernen (z.B. Schmuck, Geldbeutel, Gürtel, Schlüssel, usw.).

Während der Untersuchung sind zwei Blutentnahmen aus einer anderen Armvene erforderlich. Unter Umständen kann auch die Injektion eines harntreibenden Medikamentes mit dem Namen Furosemid (z.B. Lasix®) nötig sein.

Wie jede Untersuchung mit radioaktiven Stoffen oder Röntgenstrahlen ist auch die Nieren-Funktions-Szintigraphie mit einer gewissen Strahlenbelastung verbunden. Diese gibt man als „Effektive Dosis“ mit der Einheit „Milli-Sievert“ (mSv) an. Für die Nieren-Funktions-Szintigraphie beträgt sie ca. 1 mSv. Zum Vergleich: die „natürliche Strahlenbelastung“ in Deutschland liegt je nach Aufenthaltsort bei 1 - 5 mSv pro Jahr. Sie können die Strahlenbelastung reduzieren, indem Sie im Anschluss an die Untersuchung viel trinken und häufig die Harnblase entleeren.

BITTE WENDEN!

RADIOLOGIE NUKLEARMEDIZIN
KAUFBEUREN • LANDSBERG • FÜSSEN

Nieren-Funktions-Szintigraphie

Name, Vorname _____ Geb.Datum _____

Patientenfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich die Zeit die folgenden Fragen sorgfältig zu beantworten. Sie helfen uns damit Ihre Untersuchung besser planen und durchführen zu können. Vielen Dank!

Welche Beschwerden führten Sie jetzt zum Besuch Ihres überweisenden Arztes?

_____
_____
_____

Bitte Zutreffendes ankreuzen und ggf. ergänzen!

Körpergröße:_____ **Gewicht:**_____

Frauen im gebärfähigen Alter: Ist eine Schwangerschaft bei Ihnen sicher **ausgeschlossen**?

☐ ja ☐ nein (bitte wenden Sie sich an den Arzt)

Nehmen Sie Medikamente ein?

☐ nein ☐ ja, _____
_____

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

Allergien oder Unverträglichkeiten	☐ nein	☐ ja, _____
Krebserkrankungen	☐ nein	☐ ja, _____
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	☐ nein	☐ ja, _____
Lungen-Erkrankungen (z.B. Asthma)	☐ nein	☐ ja, _____
Nieren-Erkrankungen	☐ nein	☐ ja, _____
Schilddrüsen-Erkrankungen	☐ nein	☐ ja, _____
Stoffwechsel-E. (z.B. Diabetes)	☐ nein	☐ ja, _____
(Blut-)Gerinnungsstörungen	☐ nein	☐ ja, _____

Sonstige:
_____

Sind bei Ihnen schon einmal nuklearmedizinische Untersuchungen/Therapien durchgeführt worden?

☐ nein ☐ ja, _____

Sind bei Ihnen Röntgen, CT- oder Kernspintomographie-Untersuchungen durchgeführt worden?

☐ nein ☐ ja, _____

Ist bei Ihnen schon einmal eine Strahlentherapie durchgeführt worden?

☐ nein ☐ ja, _____

Ich wünsche eine Kopie des Aufklärungsbogens ☐ nein ☐ ja

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