

ENTZÜNDUNGSDIAGNOSTIK MIT MARKIERTEN LEUKOZYTEN (^{99m}Tc)

INFORMATIONSBLAATT UND EIGENERKLÄRUNG

Wozu dient die Untersuchung?

- Dient der Suche und eventuellen Einschätzung von Infektionen.

Was müssen Sie wissen?

- Bitte kommen Sie zur vereinbarten Uhrzeit mit der ärztlichen Verschreibung.
- Bringen Sie bitte jegliche Dokumentation mit, vor allem jene, die außerhalb eines der Krankenhäuser des Südtiroler Sanitätsbetriebs gemacht wurde (private Einrichtungen oder Krankenhäuser außerhalb der Provinz Bozen).
- Sie müssen seit Mitternacht nüchtern sein, man empfiehlt Wasser, aber keine zuckerhaltigen Getränke, zu sich zu nehmen.
- Antibiotika müssen vor der Untersuchung abgesetzt werden, befolgen Sie bitte die Anweisungen, welche Sie bei der Vormerkung erhalten.
- Vermeiden Sie es in Begleitung von Minderjährigen und/oder schwangeren Frauen zu erscheinen.

Wie viel Zeit müssen Sie für den gesamten Untersuchungsablauf einplanen?

- Bitte halten Sie sich den gesamten Untersuchungstag am vereinbarten Termin bis ca. 18 Uhr frei, sowie auch den Morgen des nächsten Tages. Sie werden nicht stationär aufgenommen.

Wie ist der Ablauf der Untersuchung?

- Ihnen wird Blut abgenommen.
- Die Leukozyten werden aus dem Blut isoliert und mit dem Radiopharmakon markiert.
- Die markierten Leukozyten werden Ihnen nach zirka 4 Stunden zurückinjiziert.
- Nach einer Wartezeit von 40 Minuten beginnen die Aufnahmen der ersten szintigrafischen Bilder.
- 3 Stunden später werden weitere Szintigramme aufgenommen.
- Am darauffolgenden Morgen werden dann die letzten szintigrafischen Bilder aufgenommen.
- Sie sollten während allen Bildaufnahmen ruhig liegen bleiben.
- Am Ende der Untersuchung müssen Sie einige Minuten warten, damit das ärztliche Personal die korrekte Aufnahme der Bilder überprüfen kann.

Welche sind die möglichen Risiken und Kontraindikationen?

Nach Verabreichung des Radiopharmakons, das nicht toxisch für den Körper ist und aus Analoga von Molekülen besteht, die normalerweise im Körper vorhanden sind, wurden keine unerwünschten Reaktionen gemeldet. Darüber hinaus ist das Strahlenrisiko vorab vom nuklearmedizinischen Arzt nach dem Nutzen, der Untersuchung beurteilt, minimal.

Was sind die zusätzlichen Informationen für Frauen im gebärfähigen Alter?

Sie dürfen zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht schwanger sein.

Wenn Sie stillen, informieren Sie den Arzt darüber.

Dieser beurteilt dann die Notwendigkeit der Untersuchung und empfiehlt eventuell eine zeitliche Aussetzung des Stillens.

ZU BEACHTEN:

Halten Sie nach der Injektion des Radiopharmakons für mindestens 24 Stunden Abstand von Kindern und schwangeren Frauen.

EIGENERKLÄRUNG FÜR DIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN, DIE IM NUKLEARMEDIZINISCHEN DIENST DURCHGEFÜHRT WERDEN SOLLEN

Ich Unterfertigte/er _____

geboren in _____ am _____

erkläre, dass ich in einer mir verständlichen Art und Weise, hinsichtlich der Modalität der Durchführung, der klinischen Indikation und der mit der diagnostischen Untersuchung potentiell verbunden Risiken im Detail informiert wurde.

Ich hatte die Möglichkeit dem Arzt jene Fragen zu stellen, die mir wichtig erschienen, im Besonderen was Risiken und eventuelle Komplikationen anbelangt.

Es wurde mir die nötige Bedenkzeit gegeben. Ich erkläre daher, keine weiteren Fragen zu haben und mir des Nutzens dieser diagnostischen Untersuchung für meine Gesundheit bewusst zu sein. Ich erkläre mich freiwillig dieser Untersuchung und der Verabreichung von Radiopharmaka oder anderer Pharmaka, die sich als notwendig erweisen werden, unterziehen zu wollen.

Für Frauen im gebärfähigen Alter:

Ich schließe eine vermutete oder reelle Schwangerschaft am heutigen Tag der diagnostischen Untersuchung aus. Ich bin informiert, dass wenn auch nur eine geringe Wahrscheinlichkeit einer möglichen Schwangerschaft gegeben ist, ich den Facharzt benachrichtigen muss, da man die Untersuchung aus Strahlenschutzgründen verschieben muss.

Bozen, den _____

Unterschrift des Patienten/der Patientin
(oder des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin)

Stempel und Unterschrift
des Arztes/der Ärztin

Informationsblatt wird ausgehändigt

Genehmigung für die Verarbeitung personenbezogener Daten für wissenschaftliche Zwecke von retrospektiven Studien

Der/Die Unterfertigte ermächtigt Seine/Ihre anonymisierten Daten zu Forschungszwecken zu erheben, zu bearbeiten und zu veröffentlichen.

Bozen, den _____

Unterschrift des Patienten/der Patientin _____

Lorenz-Böhler-Str. 5 | 39100 Bozen
Tel. 0471 438313

E-mail: mednuc.bz@sabes.it

Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen

Via Lorenz Böhler, 5 | 39100 Bolzano
Tel. 0471 438313

E-mail: mednuc.bz@sabes.it

Ragione sociale: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano