

## WÄCHTERLYMPHKNOTENDIAGNOSTIK (MAMMAKARZINOM)

### INFORMATIONSBLETT UND EIGENERKLÄRUNG

#### Wozu dient die Untersuchung?

- Dient der Suche des Wächterlymphknotens.

#### Was müssen Sie wissen?

- Bitte kommen Sie, zur vereinbarten Uhrzeit, in die Nuklearmedizin normalerweise am Tag vor der Operation.
- Sie müssen für die Untersuchung nicht nüchtern sein.
- Sie dürfen Ihre gewohnten Medikamente vor der Untersuchung einnehmen.
- Vermeiden Sie es in Begleitung von Minderjährigen und/oder schwangeren Frauen zu erscheinen.

#### Wie viel Zeit müssen Sie für den gesamten Untersuchungsablauf einplanen?

- Sie müssen mit ungefähr 1 Stunde rechnen.

#### Wie ist der Ablauf der Untersuchung?

- Im Hautareal über dem Brustknoten (falls Sie noch nicht operiert wurden) oder in jenem der Operationsnarbe (falls Sie schon operiert wurden) wird eine radioaktiv markierte Flüssigkeit injiziert.
- Anschließend massieren Sie die entsprechende Brust für ca. 10 Minuten, um den Abfluß des Radiopharmakons zum ersten Lymphknoten („Wächterlymphknoten“) zu beschleunigen.
- Unmittelbar danach werden für zirka 10 Minuten szintigrafische Bilder aufgenommen und Messungen mit einer Sonde durchgeführt, um den Wächterlymphknoten zu finden und seine Position auf der Haut zu markieren (meist im Bereich der Achselhöhle, keine invasiven Maßnahmen).
- Bitte achten Sie bei der Körperhygiene darauf, die Markierung nicht wegzuwischen.
- Am Tag der Operation wird Ihnen dann der Wächterlymphknoten entfernt und anschließend von Fachleuten der Pathologieabteilung untersucht.

#### 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 12 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