

## PET- CT MIT 68GA-PSMA

### INFORMATIONSBLETT UND EIGENERKLÄRUNG

#### Wozu dient die Untersuchung?

- Dient der Beurteilung von Prostataerkrankungen.

#### 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 zu Beginn der Untersuchung seit mindestens 4 Stunden nüchtern sein, man empfiehlt Wasser, aber keine zuckerhaltigen Getränke, zu sich zu nehmen.
- 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 2 Stunden rechnen.

#### Wie ist der Ablauf der Untersuchung?

- Über einen peripheren Venenzugang wird Ihnen das Radiopharmakon injiziert.
- Anschließend folgt eine Wartezeit von ungefähr einer Stunde.
- Danach müssen Sie sich auf den Untersuchungstisch legen und während der gesamten Bildaufnahme ruhig liegen bleiben.
- Die Aufnahmen dauern ungefähr 30 Minuten.
- 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.

#### ZU BEACHTEN:

Halten Sie nach der Injektion des Radiopharmakons für mindestens 10 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.

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 \_\_\_\_\_