

Radiologie am Schlössle

**Dr. H. Leibersperger-Dr. U. Knust-Dr. Dipl.-Phys. L. Fauser
Dr. M. Deinzer & Kollegen**

Ihr Termin: _____

Name, Vorname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Größe: _____ **Gewicht:** _____

Wächterlymphknotenzintigraphie (Sentinel)-Aufklärung

Bei einer Wächterlymphknotenzintigraphie handelt es sich um ein nuklearmedizinisches Untersuchungsverfahren, bei dem der Wächterlymphknoten mittels einer radioaktiven Substanz markiert wird. Über die Lymphabflusswege verteilt sich die subkutan injizierte Substanz und reichert sich in einem oder mehreren Lymphknoten an. Wird ein Wächterlymphknoten identifiziert, kann dieser gezielt operativ entfernt werden. Der Arzt spritzt Ihnen subkutan (unter die Haut) eine geringe Menge eines radioaktiven Arzneimittels ein. Der Ort der Injektion hängen von der Art, Lage und Ausdehnung des Tumors ab. In den meisten Fällen wird das Arzneimittel um den Tumor herum (peritumoral) injiziert. Nach einer ca. 90 minütigen Wartezeit hat sich das Arzneimittel üblicherweise angereichert und die Aufnahmen können erfolgen. Das Ihnen verabreichte Medikament ist gut verträglich. Die Strahlenbelastung ist meist geringer als bei einer üblichen Röntgenuntersuchung, da das radioaktive Arzneimittel nach kurzer Zeit wieder zerfällt bzw. über den Organismus rasch ausgeschieden wird.

Bitte meiden Sie nach der Untersuchung den engen körperlichen Kontakt zu Kleinkindern, Säuglingen und Schwangeren. Sie sind nach der Untersuchung voll verkehrstauglich und arbeitsfähig.

Fragebogen (Anamnese)

Bitte beantworten Sie nachstehende Fragen sorgfältig, damit ein reibungsloser Ablauf gewährt ist. Zutreffendes bitte ankreuzen.

- Besteht bei Ihnen eine Allergie (z.B. Medikamente, Kontrastmittel oder Jod)? [] ja [] nein
Wenn ja, welche? _____
- Wurde bei Ihnen bereits eine nuklearmedizinische Untersuchung oder auch Strahlentherapie durchgeführt? [] ja [] nein
Wenn ja, wann und wo? _____
- Nehmen Sie Medikamente ein? [] ja [] nein
Wenn ja, welche? _____
- Wurde bei Ihnen bereits eine Operation oder eine Gewebeentnahme durchgeführt? [] ja [] nein
Wenn ja, wo und wann? _____

Bitte wenden

6. Wurden bei Ihnen radiologische Voruntersuchungen (Röntgen, CT) durchgeführt? ja nein
Wenn ja, wann und wo? _____

7. Leiden Sie an ansteckenden Krankheiten (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV) ja nein
Wenn ja, welche? _____

8. Frauen im gebärfähigen Alter:

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? ja nein

Stillen Sie? ja nein

Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen und bin mit der Durchführung der Wächterlymphknotenszintigraphie einverstanden ja nein

Ich bin mit der Gabe eines intravenösen radioaktiven Arzneimittels einverstanden ja nein

Ich bin mit der Weitergabe meiner Befunde, ggf. Bilder an meine behandelnden Ärzte/Kliniken einverstanden ja nein

Pforzheim, den _____

Unterschrift des Patienten _____

Unterschrift Arzt/Ärztin _____

Interne Anweisung

Datum	Injek. Akt.(MBq)	Injektionszeit	Injektionsort	Arzt

Radiologie am Schlössle
Kiehnlestraße 14+15
75172 Pforzheim

Telefon: (07231) 38 66-0 Nuklearmedizin: -13
Telefax: (07231) 38 66-50