

INTERNISTIČNA SLUŽBA
Oddelek za nuklearno medicino in endokrinologijo

**NAVODILO PACIENTOM ZA PREISKAVO
SCINTIGRAFIJA ŠČITNICE**
(Informacije za paciente)

Spoštovani,

vaš zdravnik vas je napotil na scintigrafijo ščitnice, ki je v pomoč pri ugotavljanju in zdravljenju vaše bolezni.

NA PREISKAVO SE ZGLASITE v pritličje stare stavbe bolnišnice – vrata št. 6. Predhodno se registrirate z zdravstveno kartico na vrstomatu v pritličju stare stavbe bolnišnice. V primeru težav se zglasite v čakalnico vrata št. 6.

V primeru, da na preiskavo ne morete priti, nam to sporočite na 05/330 1006 ali na elektronski naslov narocanje@bolnisenica-go.si, kjer smo vam na voljo tudi za dodatne informacije o preiskavi.

Pred preiskavo NI POTREBNO biti tešč, zato lahko normalno zajtrkujete in zaužijete zdravila.

Pri preiskavi uporabljamo majhno količino radioaktivne snovi, ki vam jo vbrizgamo v veno na roki. Po 10minutah sledi snemanje s pomočjo posebne naprave (gama kamere), s katero snemamo kopičenje te snovi. Med snemanjem ležite pri miru z iztegnjenim vratom, snemanje traja 5-10 minut.

Radioaktivno sevanje, ki ga prejmete pri preiskavi, ne predstavlja nevarnosti za vaše zdravje. Možne so reakcije in stranski pojavi na vnos radiofarmaka, ki pa so zelo redki. Po opravljeni preiskavi ni nobenih omejitev za vaše vsakdanje aktivnosti, kljub temu se na dan preiskave ne zadržujte v bližini otrok in nosečnic.

Podpisani/a _____ soglašam z zgoraj navedeno preiskavo

Datum in ura: _____ Podpis: _____

PRIVOLITEV preko staršev/skrbnikov/zakonitega zastopnika/poblaščenca/drugih oseb
(ustrezno obkrožite)

_____ Ime in priimek	/	_____ Razmerje do pacienta	_____ EMŠO ali datum rojstva	_____ Datum in ura	/	_____ Podpis
_____ Ime in priimek	/	_____ Razmerje do pacienta	_____ EMŠO ali datum rojstva	_____ Datum in ura	/	_____ Podpis

Podpisano obvestilo prinesite s seboj na dan preiskave!