

Name des Patienten:

Informationen zum PET/CT mit FDG

Es soll bei Ihnen eine PET/CT Untersuchung durchgeführt werden. Hierzu werden wir Ihnen einen radioaktiv markierten Stoff injizieren. Das Verteilungsmuster wird mit einer speziellen Kamera („PET/CT-Scanner“) gemessen. Aus den erzeugten Schnittbildern können Herdbefunde mit erhöhtem Glukosestoffwechsel identifiziert werden, wie z. B. Tumorerkrankungen oder Metastasen.

Informationen zur Untersuchung:

Für die Untersuchung müssen aktuelle Blutwerte (nicht älter als 14 Tage) von Kreatinin und TSH vorliegen.

Bei Patienten der gesetzlichen Krankenversicherungen muss eine Krankenhauseinweisung und eine Kostenübernahme der Krankenkasse vorliegen.

Privatpatienten schließen einen Privatbehandlungsvertrag ab. (Keine Einweisung nötig).

Patienten des Klinikums Fürth werden mittels Konsilantrag vorgestellt.

Bitte bleiben Sie ab 22 Uhr des Vortages nüchtern. Wasser (ohne Zucker und ohne Kohlensäure) ist auch am Untersuchungstag erlaubt und empfohlen.

Keine körperliche Anstrengungen am Vortag !

Bitte erscheinen Sie zum Untersuchungstermin **pünktlich**, da die Untersuchung ansonsten nicht mehr durchgeführt werden kann. Durch Medikamente, die wir Ihnen eventuell verabreichen müssen kann Ihre Verkehrstüchtigkeit eingeschränkt werden.

Information zum Röntgenkontrastmittel:

Röntgenkontrastmittel wird bei diagnostischen CT-Untersuchungen verwendet, um anatomische Strukturen besser erkennen zu können. Sollte dieses bei Ihnen nötig sein, werden wir Ihnen während der Vorbereitung Kontrastmittel zu trinken geben.

Während der Aufnahmen wird Ihnen dann zusätzlich ein jodhaltiges Kontrastmittel in die Vene gespritzt.

Kontrastmittel wird in aller Regel gut vertragen. In seltenen Fällen kann es zu Nebenwirkungen wie Allergischen – oder Unverträglichkeitsreaktionen, Funktionsstörungen der Schilddrüse und der Nieren sowie Schwellungen an der Injektionsstelle kommen. Ein Wärmegefühl während der Applikation wird häufig beobachtet und ist kein Grund zur Sorge.

Kam es bei Ihnen in der Vergangenheit bereits zu Kontrastmittelunverträglichkeiten, leiden Sie unter Nierenerkrankungen oder Schilddrüsenerkrankungen, so informieren Sie uns bitte unverzüglich darüber.

Untersuchungsablauf:

Nach einer kurzen Ruhepause und ggf. Gabe einer vorbereitenden Medikation wird die radioaktive Substanz injiziert. Eine Stunde später wird die Aufnahme mit dem PET/CT-Scanner angefertigt (Dauer ca. 20 - 25min.).

Um die Vorbereitungszeit zu verkürzen, würden wir Sie bitten, die folgenden Fragen (siehe auch Rückseite) zu beantworten.

Strahlung:

Das für die geplante PET/CT verwendete Radionuklid F18 FDG hat eine Halbwertszeit von ca. 110 min. Das bedeutet, dass nach ca. 2 Stunden noch 50 % der Anfangsmenge vorhanden ist. Zusätzlich wird innerhalb der ersten 2 Stunden ein Großteil der Radioaktivität über den Urin ausgeschieden. Insgesamt ergibt sich daraus eine durchschnittliche Strahlenbelastung der PET von ca. 7 mSV (natürliche Strahlenexposition pro Jahr ca. 2-4 mSV).

Bei der PET-CT Kombination wird im gleichen Untersuchungsgang eine Computer-tomographie (CT) durchgeführt. Je nach Fragestellung und Voruntersuchungen kann diese als „low-dose-CT“ (CT mit niedriger Strahlenbelastung) oder als diagnostisches CT mit Kontrastmittel durchgeführt werden. Die zusätzliche Strahlenbelastung einer diagnostischen CT liegt je nach untersuchter Körperregion bei ca. 8-15 mSV.

Fragebogen zur geplanten PET/CT – Untersuchung:

Wer soll den von uns erstellten Befund erhalten? (Name, Adresse):

Wurde bereits eine PET oder PET/CT Untersuchung bei Ihnen durchgeführt?

nein
ja wann, wo _____

Wurde in den letzten 3 Monaten ein CT durchgeführt?

nein
ja wann, wo, welche Körperregion? _____

Gab es in der Vergangenheit Nebenwirkungen auf Röntgenkontrastmittel?

nein
ja

Leiden Sie unter Nierenerkrankungen?

nein
ja

Leiden Sie unter Schilddrüsenerkrankungen?

nein
ja

Liegt eine der folgenden Erkrankungen vor?

Prostatavergrößerung	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	
Glaukom	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	
Zuckerkrankheit	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	
Asthma	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	
Allergien	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche? _____
Herzkrankungen	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche? _____

**Bei Frauen,
Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?**

nein
ja

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass ich die Informationen sowie den Fragebogen zur geplanten PET/CT Untersuchung erhalten und gelesen habe. Der Untersuchungsverlauf sowie die Risiken und Nebenwirkungen wurden mir nochmals vom behandelnden Arzt erklärt. Meine Fragen wurden beantwortet. Ich erkläre mich mit der geplanten PET/CT Untersuchung (sofern nötig mit Kontrastmittel) einverstanden.

Datum, Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt