

INTERNISTIČNA SLUŽBA
Oddelek za nuklearno medicino in endokrinologijo

**NAVODILO PACIENTOM ZA PREISKAVO SEKVENČNA SCINTIGRAFIJA LEDVIC
(OTROCI)**
(Informacije za paciente)

Spoštovani starši / skrbniki,

zdravnik je vašega otroka napotil na slikanje ledvic, s katerim ugotavljamo delovanje ledvic in je v pomoč pri ugotavljanju in zdravljenju otrokove 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.

Pred preiskavo se zglasite v pediatrični ambulanti ali Pediatričnem oddelku nove stavbe, da otroku v veno vstavijo kanilo (metuljček).

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

Zjutraj je priporočen večji vnos tekočine - o količini vnosa tekočine se posvetujte z napotnim zdravnikom.

Med preiskavo, ki traja 30 minut, mora otrok mirno ležati na preiskovalni mizi, lahko ste zraven. V veno na roki vbrizgamo majhno količino radioaktivne snovi (preračunano na telesno težo), ki se skozi ledvice izloča v mehur. Potovanje te snovi spremljamo s posebno napravo (gama kamera). Včasih je med preiskavo potrebno vbrizgati tudi zdravilo za odvajanje urina (diuretik), da bi pospešili izločanje urina v mehur.

Radioaktivno sevanje, ki ga pri preiskavi prejme, ne predstavlja nevarnosti za zdravje. Možne so reakcije in stranski pojavi na vnos radiofarmaka, ki pa so zelo redki. Po opravljeni preiskavi ni nobenih omejitev za vsakdanje aktivnosti, otrok gre lahko normalno v šolo ali v vrtec. Tekom dneva naj popije čim več tekočine.

Za preiskavo potrebujemo vaše pisno soglasje, s katerim potrjujete, da na preiskavo pristajate prostovoljno in ste o njej dobili vsa ustrezna pojasnila.

IME IN PRIIMEK OTROKA: _____

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

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

Podpisano obvestilo prinesite s seboj na dan preiskave!