

INTERNISTIČNA SLUŽBA
Oddelek za nuklearno medicino in endokrinologijo

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

Spoštovani,

vaš zdravnik vas je napotil na scintigrafijo (slikanje) kosti, ki prikaže reakcijo kosti na bolezen, mehansko preobremenitev, poškodbo, vnetje,...

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.

Prosimo vas, da s seboj prinesete fotokopije izvidov preiskav, ki ste jih opravili v drugih ustanovah (magnetna resonanca, računalniška tomografija,...).

V primeru, da na preiskavo ne morete priti, nam to sporočite na 05/330 10 74, 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. Ta snov se kopiči v vaših kosteh 2-3 ure in šele nato s posebno napravo (gama kamero) naredimo posnetke. V vmesnem času ste prosti, popiti morate 1 liter tekočine, na vodo hodite normalno, lahko jeste. Ob dogovorjenem času se vrnete na snemanje, ki traja 30 minut. Med snemanjem se ne smete premikati, lahko pa normalno dihate. Včasih je potrebno še dodatno snemanje določenega dela skeleta, kar preiskavo podaljša.

Za pravilno izvedbo preiskave je potreben čas, zato se čakanju ne moremo izogniti.

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!