

INTERNISTIČNA SLUŽBA  
Oddelek za nuklearno medicino in endokrinologijo

## NAVODILO PACIENTOM ZA PREISKAVO SEKVENČNA SCINTIGRAFIJA LEDVIC (SSL) (Informacije za paciente)

Spoštovani,

vaš zdravnik vas je napotil na slikanje ledvic, s katerim ugotavljamo delovanje ledvic in 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@bolnisnica-go.si](mailto:narocanje@bolnisnica-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.**

**Zjutraj na dan preiskave morate popiti 1 liter negazirane pijače, na vodo hodite normalno. Pred preiskavo NI POTREBNO biti tešč, zato lahko normalno zajtrkujete.**

Med preiskavo, ki traja 30 minut, mirno ležite na preiskovalni mizi. V veno na roki vam vbrizgamo majhno količino radioaktivne snovi, ki se skozi ledvice izloča v mehur. Potovanje te snovi spremljamo s posebno napravo (gama kamero). Včasih je med preiskavo potrebno vbrizgati tudi zdravilo za odvajanje urina (diuretik), da bi pospešili izločanje urina v mehur.

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!**