

250 MBq *alatti* ambuláns vagy 12,5 uGy/h dózisteljesítmény *alatti* bennfekvő, hazabocsátás előtt álló beteg tájékoztatására

Beteg neve:

születési dátum:

Kedves Betegünk!

Az Ön pajzsmirigy-túlműködésének megszüntetése érdekében **radiojód-kezelést** tervezünk. Ennek következményeiről az alábbiakat kell tudnia:

- (1) A világszerte évtizedek óta igen nagy számban végzett hasonló kezelések tapasztalata azt mutatta, hogy a rosszindulatú daganatok kockázatát a radiojód-kezelés nem növeli.
- (2) A kezelés után pajzsmirigy duzzadást, esetleg fájdalmat érezhet. Néhány héten belül fokozódhat a pajzsmirigy-túlműködés. Szakszerű előkészítés mellett ez ritkán következik be, de ha rosszabbul érezné magát, sürgősen keresse fel kezelőorvosát.
- (3) A kezelés hosszú távon csökkent pajzsmirigy-működést okozhat. Ez azonban gyógyszeresen jobban kezelhető, mint a túlműködés. Ha a későbbiekben bármikor új panaszai jelentkeznek, ne felejtse el tájékoztatni orvosát, hogy korábban radiojód-kezelésben részesült.
- (4) Terhesség és szülést követő szoptatás alatt radiojód kezelés nem végezhető.
- (5) A kezelés után átmenetileg Ön radioaktív sugárzást bocsát ki. A következő előírásokat kell betartania:

- Más személyhez 1 m-nél közelebb ne tartózkodjon huzamos ideig 2 napig
- Nem tartózkodhat egy helyiségben gyermekkel és terhesekkel 7 napig
- Ha közös háztartásban 35 évesnél fiatalabb személy él,
Ön külön WC-t használjon 3 napig
- Legyen fokozott figyelemmel az alábbi higiénés körülményekre 7 napig:
 - férfiak is ülve használják a toalettet
 - WC használat után gondosan mosson kezet
 - használat után a WC-t 2-3-szor öblítse le.
- Igyon bőven folyadékot 1 napig
- Használjon külön ágyneműt, ezt és a fehérneműjét mossák külön 7 napig
- Használjon külön evőeszközt 7 napig
- Leghamarabb munkába állhat 2 nap múlva.

- (6) Amennyiben a kezelésbe beleegyezik, kérjük, ezt aláírásával igazolja.

A radiojód kezeléssel a szükséges felvilágosítást megkaptam, elvégzésébe beleegyezem. A fenti előírásokat magamra nézve kötelezőnek ismerem el, és azt aláírásommal igazolom.

Pécs, 2010.

(kezelőorvos aláírása) PH

(beteg aláírása)

250 MBq *feletti* ambuláns vagy 12,5 uGy/h dózisteljesítmény *feletti* bennfekvő, hazabocsátás előtt álló beteg tájékoztatására

Beteg neve:

születési dátum:

Kedves Betegünk!

Az Ön pajzsmirigy-túlműködésének megszüntetése érdekében **radiojód-kezelést** tervezünk. Ennek következményeiről az alábbiakat kell tudnia:

(1) A világszerte évtizedek óta igen nagy számban végzett hasonló kezelések tapasztalata azt mutatta, hogy a rosszindulatú daganatok kockázatát a radiojód-kezelés nem növeli.

(2) A kezelés után pajzsmirigy duzzadást, esetleg fájdalmat érezhet. Néhány héten belül fokozódhat a pajzsmirigy-túlműködés. Szakszerű előkészítés mellett ez ritkán következik be, de ha rosszabbul érezné magát, sürgősen keresse fel kezelőorvosát.

(3) A kezelés hosszú távon csökkent pajzsmirigy-működést okozhat. Ez azonban gyógyszeresen jobban kezelhető, mint a túlműködés. Ha a későbbiekben bármikor új panaszai jelentkeznek, ne felejtse el tájékoztatni orvosát, hogy korábban radiojód-kezelésben részesült.

(4) Terhesség és szülést követő szoptatás alatt radiojód kezelés nem végezhető.

(5) A kezelés után átmenetileg Ön radioaktív sugárzást bocsát ki. A következő előírásokat kell betartania:

- Tömegközlekedést nem vehet igénybe 4 napig
- Más személyhez 1 m-nél közelebb ne tartózkodjon huzamos ideig 4 napig
- Nem tartózkodhat egy helyiségben gyermekkel és terhesekkel 14 napig
- Ha közös háztartásban 35 évesnél fiatalabb személy él,
Ön külön WC-t használjon 5 napig
- Legyen fokozott figyelemmel az alábbi higiénés körülményekre 14 napig:
 - férfiak is ülve használják a toalettet
 - WC használat után gondosan mosson kezet
 - használat után a WC-t 2-3-szor öblítse le.
- Igyon bőven folyadékot 1 napig
- Használjon külön ágyneműt, ezt és a fehérneműjét mossák külön 7 napig
- Használjon külön evőeszközt 7 napig
- Leghamarabb munkába állhat 4 nap múlva.

(6) Amennyiben a kezelésbe beleegyezik, kérjük, ezt aláírásával igazolja.

A radiojód kezeléssel a szükséges felvilágosítást megkaptam, elvégzésébe beleegyezem. A fenti előírásokat magamra nézve kötelezőnek ismerem el, és azt aláírásommal igazolom.

Pécs,

(kezelőorvos aláírása)

(beteg aláírása)