

Patienten-Information: Seitengetrennte Nierenfunktionsuntersuchung mit MAG3

Patient

Geburtsdatum

Datum

Größe

Gewicht

Liebe Patientin, lieber Patient!

Ziel der Untersuchung

Bei dieser seitengetretennten Nierenfunktionsuntersuchung werden die Funktion und der Urinabfluss für jede Niere einzeln gemessen. Diese Untersuchung kann unter anderem bei folgenden Fragestellungen angezeigt sein:

- **Nachweis und Verlaufskontrolle einer Harnabfluss-Störung** (Obstruktion) und **seitengetretennter Funktion**, z.B. Harnaufstau und vor Strahlen- oder Chemotherapie
- **Nachweis eines Rückflusses von Harn in den Harnleiter** (Reflux)
- **Nachweis**, ob ein bestehender **Bluthochdruck** durch eine Verengung der Nierengefäße verursacht wird.

Ablauf der Untersuchung

Es wird eine Spur einer radioaktiven Substanz über eine Nadel in die Vene injiziert. Die Substanz wird zügig über die Nieren ausgeschieden. Nach 30 Minuten erhalten Sie ggf. ein Medikament (Lasix), um den Harnfluss zu stimulieren.

Nebenwirkungen

Es wird eine Spur einer radioaktiven Substanz über eine Nadel in die Vene injiziert. Die Strahlenbelastung entspricht etwa dem einer Röntgenaufnahme der Wirbelsäule. Die verwendeten Substanzen werden gut vertragen, allergische Reaktionen sind nicht bekannt.

Die Aufnahmen werden im Liegen durchgeführt und dauern ca. 50 Minuten. Dabei werden Bilder mit einer großen Kamera aufgenommen. Zusätzlich wird Ihnen am anderen Arm ggf. Blut abgenommen. Nach der Auswertung der Aufnahmen wird Ihrem zuweisendem Arzt ein Bericht zugeschickt.

Vorbereitung

- Planen Sie für diese Untersuchung ca. 2 Stunden ein.
- Vor der Untersuchung bitte mindestens 1 Liter Flüssigkeit trinken.
- **Bringen Sie bitte alle Voruntersuchungen mit.**
- Bei Bluthochdruck kommen Sie bitte **nüchtern**, d.h. **nicht essen**, aber gerne viel trinken; in dem Fall planen Sie bitte ca. 3 Stunden für die Untersuchung ein

Frage

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft oder stillen Sie? nein ja

Einwilligungserklärungen

Ich habe die Frage nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet. Hiermit willige ich in die nuklearmedizinische Untersuchung ein.

Hiermit willige ich ein, dass der überweisende Arzt Zugriff auf meine Bilder und Befunde erhält. Darüber hinaus erkläre ich mich damit einverstanden, dass den von mir zu einem späteren Zeitpunkt beauftragten Ärzten meine Befunde und Bilder übermittelt werden dürfen.

Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten bzw. Bevollmächtigten / Sorgeberechtigten*

* Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht, oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

Infusion _____

Gewicht _____ kg

Größe _____ cm

Kreatinin _____ mg / % (0,6 - 1,0 mg / %)

Harnstoff _____ mg / % (- 50 mg / %)

Kreatinin-Clearance _____ ml / min. (weibl.: 75-130 ml / min.)
(männl.: 75-130 ml / min.)

Gesamtaktivität _____ MBq Uhrzeit _____

Leerwert _____ MBq i.v. _____

1. Blutabnahme nach _____ Minuten _____ Imp. / 1 ml / min.

Uhrzeit _____

2. Blutabnahme nach _____ Minuten _____ Imp. / 1 ml / min.

Uhrzeit _____