

Patientendaten	Dokumentation
<hr/> Name, Vorname Geburtsdatum <hr/> PLZ Ort , Straße <hr/>	Radiopharmakon: Aktivität: Gelenk: Injektionszeit:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie wurden zu einer **Radiosynoviorthese (RSO)** überwiesen, um Gelenkschmerzen, hervorgerufen durch chronische Gelenkentzündungen, zu lindern. Bei chronischen Gelenkentzündungen verursacht die aggressiv wuchernde Gelenkinnenhaut schmerzhaftes Schwellungen. Stoppt man die Entzündung nicht rechtzeitig, werden nach und nach auch Knorpel und Knochen geschädigt oder sogar zerstört.

Ihnen wird eine geringe Menge eines **radioaktiven Arzneimittels** direkt in die Gelenkhöhle injiziert. Die verwendeten Radionuklide sind reine Beta-Strahler und haben somit eine extrem kurze Reichweite, die nur die kranke Gelenkschleimhaut trifft. Das angrenzende Gewebe wird nicht geschädigt. Die Beta-Teilchen verbleiben in der Gelenkhöhle und führen dort zu dem heilenden Effekt. Die Verringerung oder Beseitigung der Gelenkschwellung und –schmerzen sowie die Funktionsverbesserung stellt sich allmählich ein. Oft wird die volle Wirkung erst nach 6 Monaten erreicht. Die **Wirkungsdauer ist abhängig vom Ausmaß der Erkrankung**. Ist der Knochen bereits geschädigt, kann die Radiosynoviorthese nur noch lindernd wirken, d.h. die Entzündung kann behandelt werden, nicht aber die zerstörten Gelenkflächen.

Die Behandlungszeit beträgt ca. **1 Stunde**.

Je nach Gelenkgröße und der unterschiedlichen Dicke der Gelenkschleimhaut werden verschiedene Radionuklide eingesetzt.

- () Kniegelenk (Yttrium-90 Ziträt)
- () Schulter-, Ellbogen-, Hand-, Sprunggelenk (Rhenium-186 Sulfid)
- () Fingergelenk, Zehengelenk (Erbium-169 Ziträt)

Vorbereitung

Es muss uns ein **aktuelles 2- oder 3-Phasen-Skelettszintigramm** vorliegen. Gegebenfalls erfolgt diese Untersuchung in unserer Abteilung. Sie müssen **nicht nüchtern** zu uns kommen.

Bitte tragen Sie bequeme und weite Kleidung. Bringen Sie bitte einen **gültigen Überweisungsschein**, sowie diese Patientenaufklärung mit.

Nach der Behandlung von Knie- oder Sprunggelenk muss der Rücktransport durch eine helfende Person gewährleistet werden, da das behandelte Gelenk für 48 Stunden mittels einer Orthese/Schiene ruhig gestellt wird. Aus diesem Grund bringen Sie bitte eventuell bereits vorhandene Unterarmgehstützen zum Behandlungstermin mit in unsere Praxis.

Ablauf der Behandlung

Nach örtlicher Betäubung wird unter Durchleuchtung (außer Kniegelenk), oft mit Röntgen-Kontrastmittel, sichergestellt, dass die Punktionsnadel richtig im Gelenk sitzt. Anschließend wird eine genau berechnete Dosis des Radionuklids direkt in die Gelenkhöhle injiziert.

Nach der Punktion wird die Injektionsstelle mit einem sterilen Wundverband abgedeckt und das behandelte Gelenk für etwa **48 Stunden ruhig gestellt**. Damit wird ein Abströmen der Radionuklide über die Lymphbahnen verhindert. Nach der Behandlung wird mittels einer Gammakamera die Verteilung des Radionuklids aufgezeichnet. Nach der Untersuchung sollten Sie reichlich Wasser trinken und die Blase häufig entleeren. Für 48 Stunden meiden Sie bitte engen, körperlichen Kontakt mit Schwangeren und Kleinkindern, gegenüber anderen Personen sind keine Vorsichtsmaßnahmen nötig.

Bitte wenden!

MEDPOL Jena

Zeitzer Str. 20; 07743 Jena
 Tel. 03641 / 35 80 00; Fax: 03641 / 35 80 22
 jena@medpol.de

MEDPOL Erfurt

Am Urbicher Kreuz 11; 99099 Erfurt
 Tel: 0361 / 65 32 06 00; Fax: 0361 / 65 32 06 66
 erfurt@medpol.de

Formular: **Patientenaufklärung/Dokumentation RSO**

Seite 2 von 2

Informationen für den Arzt

Wurden Sie in der letzten Zeit operiert, arthroskopiert, punktiert? () nein () ja

Wann? _____

Was? _____

Sind bei Ihnen Knochenbrüche bekannt? () nein () ja

Wo? _____

Sind Sie in letzter Zeit gestürzt? () nein () ja

Wann? _____

Haben Sie zur Zeit Skelettbeschwerden? (Gelenkbeschwerden) () nein () ja

Wo? _____

Besteht eine Schilddrüsenerkrankung? () nein () ja

Haben/hatten Sie Thrombosen? () nein () ja

Wann/Wo? _____

Nehmen Sie Medikamente zur „Blutverdünnung“ (z.B. Markumar) ein? () nein () ja

Welche? _____

Besteht eine Allergie? () nein () ja

Welche? _____

♀ Könnten Sie schwanger sein? () nein () ja

Stillen Sie? () nein () ja

Nehmen Sie die Pille? () nein () ja

Zeitpunkt der letzten Regelblutung: _____

MTRA

Einwilligungserklärung

Ich hatte genügend Zeit mich mit den Besonderheiten der Untersuchung zu beschäftigen.
 Alle meine Fragen wurden mir ausreichend beantwortet.

Nach gründlicher Überlegung willige ich in die Radiosynoviorthese und die damit verbundenen Interventionen ein.

Ich bin damit einverstanden, dass Bilder und Befunde von Untersuchungen/Behandlungen auch auf digitalem Wege an meine behandelnden Ärzte übermittelt werden.

Die Informationen zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen und willige in die Datenverarbeitung ein.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Patientenaufklärung gelesen und verstanden habe. Mir wird dieses Dokument abschließend ausgehändigt. Ich bin einverstanden, dass eine digitale Kopie erstellt wird, die zur Dokumentation archiviert wird.

Ort, Datum_____
Unterschrift Patient

Anmerkungen

Unterschrift Arzt