

**INFORMACJA/INSTRUKCJA POSTĘPOWANIA DLA CHORYCH LECZONYCH JODEM
PROMIENIOTWÓRCZYM Z POWODU RAKA TARCZYCY**

Celem leczenia izotopem jodu ^{131}I chorych z rozpoznaniem zróżnicowanego raka tarczycy jest zniszczenie pozostałej po operacji tkanki tarczycowej oraz ewentualnych przerzutów raka tarczycy.

Zniszczenie przy użyciu izotopu ^{131}I tkanki tarczycowej pozostałej po operacji prawie całkowitego usunięcia tarczycy, jest obecnie powszechnie stosowaną metodą leczenia dla zahamowania postępu choroby nowotworowej, wydłużenia czasu przeżycia chorego oraz zmniejszenia ryzyka wznowy. Efekt leczenia związany jest ze zniszczeniem ewentualnych ognisk nowotworowych w pozostałej tkance tarczycowej, węzłach chłonnych i innych narządach.

Warunkiem zastosowania tego sposobu leczenia jest wysoki poziom TSH. Uzyskać to można przez zaprzestanie stosowania preparatów L-tyroksyny (Euthyrox, Letrox, Eferox, Eltroxin) w ciągu 4-6 tygodni przed badaniem i podaniem izotopu jodu.

Badaniami niezbędnymi dla ustalenia zarówno wskazań do leczenia izotopowego jak i odpowiedniej dawki ^{131}I jest jodochwytność, usg szyi oraz badanie scyntygraficzne całego ciała. Leczenie polega na doustnym podaniu choremu izotopu jodu promieniotwórczego w postaci kapsułek zawierających odpowiednią dawkę ^{131}I . Izotop, który nie zostanie pochłonięty przez komórki wychwytyjące jod, **jest wydalany przede wszystkim z moczem, a częściowo również z kałem i z potem.**

Dla zapewnienia maksymalnego bezpieczeństwa leczenia oraz uniknięcia niepotrzebnego napromieniowania zarówno personelu oddziału jak i członków rodziny oraz innych osób zwłaszcza dzieci i kobiet ciężarnych, konieczne jest dokładne przestrzeganie zaleceń lekarzy i pozostałego personelu Oddziału Leczenia Izotopowego oraz Pracowni Medycyny Nuklearnej.

OŚWIADCZENIE OSOBY BADANEJ I LECZONEJ IZOTOPEM JODU PROMIENIOTWÓRCZEGO

Ja

Zamieszkały/a

Oświadczam, że wyrażam zgodę na badania i leczenie za pomocą izotopu promieniotwórczego. Jestem poinformowany/a o potrzebie i zasadach jego zastosowania oraz wymogach bezpieczeństwa dotyczących mnie i innych osób. Rozumiem, że nie wolno stosować tego sposobu diagnostyki i leczenia w przypadku ciąży oraz w okresie karmienia dziecka piersią.

Data:..... Podpis osoby leczonej:.....

Podpis lekarza.....

