

Preparation for Radioactive Iodine Ablation Treatment



Patient Demographic

HC No.										
Patient Name										
Mobile Number										
Diagnosis										
Procedure										
Treatment Dose	1st	2nd	3rd	4th	5th					

Cytomel (liothyronine sodium) Administration

1. Stop Thyroxine on day _____
2. Start Cytomel from Day _____ to day _____ as prescribed.
3. Start low Iodine diet from _____ to day *(see leaflet)* _____
4. Blood Investigations (*TSH and thyroglobulin level*) on day _____ (*OPD 2nd floor*)
5. Radioactive Iodine dose will be on (*Nuclear Medicine*) at _____
6. Whole body scan on _____ (*Nuclear Medicine*) at _____
7. Thyroxine will be resumed on day _____
8. Appointment with Endocrinology on day _____ at _____

Physician Name:

Clinical Nurse Specialist:

طريقة التحضير للعلاج باليود المشع



بيانات المريض

الرقم الصحي										
اسم المريض:										
رقم الهاتف المحمول:										
التشخيص:										
إجراء:										
جرعة العلاج:	5th	4th	3rd	2nd	1st					

اعطاء علاج السيتوميل

1. إيقاف علاج الثيروكسين يوم _____
2. أخذ علاج سيتوميل (Cytomel) ابتداءً من يوم _____ حتى يوم _____
3. اتباع النظام الغذائي منخفض اليود ابتداءً من يوم _____ حتى يوم _____ (انظر إلى النشرة)
4. عمل تحاليل الدم اللازمة يوم _____ (العيادات الخارجية الطابق الثاني)
5. جرعة اليود المشع سوف يتم اعطاها يوم _____ (الطب النووي) الساعة _____ (انظر إلى تعليمات العزل)
6. عمل صورة اليود المشع لكل الجسم بتاريخ _____ (الطب النووي) الساعة _____
7. إعادة أخذ علاج الثيروكسين يوم _____
8. الموعد القادم مع طبيب الغدد سوف يكون يوم _____ الساعة _____

أخصائي التمريض:

اسم الطبيب:

Preparation for Radioactive Iodine Ablation Treatment



Patient Demographic

HC No.																			
Patient Name																			
Mobile Number																			
Diagnosis																			
Procedure																			
Treatment Dose	1st	2nd	3rd	4th	5th														

Thyrogen Injections Administration

1. Start low Iodine diet from _____ to day _____ (see leaflet)
2. Stop Thyroxin on the day of Thyrogen administration _____
3. Thyrogen injection will be given with total two doses 0.9mg/dose (OPD 2nd Floor): _____
 - First injection on Sunday _____
 - Second injection on Monday _____
4. Blood investigations (TSH and thyroglobulin level) on Tuesday _____ (OPD 2nd Floor)
5. Radioactive iodine dose will be on Tuesday _____ (Nuclear Medicine) at _____
6. Wednesday is rest day.
7. Blood Investigations (TSH and thyroglobulin level) on Thursday _____ (OPD 2nd Floor)
8. Whole body scan with iodine on Thursday _____ (Nuclear Medicine) at _____
9. Thyroxine will be resumed on day _____ at _____
10. Appointment with Endocrinology on day _____

Physician Name:

Clinical Nurse Specialist:

طريقة التحضير للعلاج باليود المشع



بيانات المريض:-

الرقم الصحي									
اسم المريض:									
رقم الهاتف المحمول:									
التشخيص:									
إجراء:									
جرعة العلاج:	5th	4th	3rd	2nd	1st				

اعطاء أبرة الثيروجين

1. اتباع النظام الغذائي منخفض اليود ابتداءً من يوم _____ حتى يوم _____ (انظر إلى النشرة)
2. إيقاف علاج الثيروكسين في نفس اليوم الذي يتم فيه أخذ أبرة الثيروجين _____
3. سوف يتم إعطائك أبرة الثيروجين ٩, ٠ ملجم مرتين: _____
 - الجرعة الأولى يوم الأحد بتاريخ _____
 - الجرعة الثانية يوم الاثنين بتاريخ _____
4. عمل تحاليل الدم اللازمة يوم الثلاثاء _____ (العيادات الخارجية الطابق الثاني)
5. جرعة اليود المشع سوف يتم إعطاؤها للمريض يوم الثلاثاء _____ (الطب النووي) الساعة _____ (انظر إلى تعليمات العزل)
6. يوم الأربعاء راحة.
7. عمل تحاليل الدم اللازمة يوم الخميس _____ (العيادات الخارجية الطابق الثاني)
8. عمل صورة اليود المشع لكل الجسم يوم الخميس بتاريخ _____ (الطب النووي) الساعة _____
9. إعادة أخذ علاج الثيروكسين يوم _____
10. الموعد القادم مع طبيب الغدد سوف يكون يوم _____ الساعة _____

أخصائي التمريض:

اسم الطبيب:

Preparation for Radioactive Iodine Ablation Treatment



Patient Demographic

HC No.											
Patient Name											
Mobile Number											
Diagnosis											
Procedure											
Treatment Dose	1st	2nd	3rd	4th	5th						

Withdrawal from Thyroid Hormone Replacement

1. Stop Thyroxin on day _____
2. Start low Iodine diet from _____ to day _____ (see leaflet)
3. Blood investigations (TSH and thyroglobulin level) on day _____ (OPD 2nd Floor)
4. Radioactive iodine dose will be on _____ (Nuclear Medicine) at _____
5. Whole body scan on _____ (Nuclear Medicine) at _____
6. Thyroxine will be resumed on day _____
7. Appointment with Endocrinology on day _____ at _____

Physician Name:

Clinical Nurse Specialist:

طريقة التحضير للعلاج باليود المشع



بيانات المريض:-

الرقم الصحي										
اسم المريض:										
رقم الهاتف المحمول:										
التشخيص:										
إجراء:										
جرعة العلاج:	5th	4th	3rd	2nd	1st					

إيقاف أدوية الغدة الدرقية

1. إيقاف علاج الثيروكسين يوم _____
2. اتباع النظام الغذائي منخفض اليود ابتداءً من يوم _____ حتى يوم _____ (انظر الى النشرة)
3. عمل تحاليل الدم اللازمة يوم _____ (العيادات الخارجية الطابق الثاني)
4. جرعة اليود المشع سوف يتم اعطائها للمريض يوم الثلاثاء _____ (الطب النووي)
5. عمل صورة اليود المشع لكل الجسم بتاريخ _____ (الطب النووي) الساعة _____
6. إعادة أخذ علاج الثيروكسين يوم _____
7. الموعد القادم مع طبيب الغدد سوف يكون يوم _____ الساعة _____

أخصائي التمريض:

اسم الطبيب: