

Patienteninformation – Myocardszintigraphie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bei Ihnen ist eine nuklearmedizinische Untersuchung der Herzdurchblutung vorgesehen. Damit sollen belastungsabhängige Durchblutungsstörungen des Herzmuskels erkannt werden, um einschätzen zu können, ob bei Ihnen ein erhöhtes Risiko für einen Herzinfarkt besteht. Wir möchten Sie nun mit dem Untersuchungsablauf vertraut machen.

Untersuchungsvorbereitung:

1. Bitte nehmen Sie am Untersuchungstag **keine** Medikamente ein. Bringen Sie aber bitte Ihre Medikamente mit, Sie können diese nach der Belastung einnehmen.
Falls sie Medikamente aus der Gruppe der sogenannten „**Betablocker**“ einnehmen, so pausieren Sie diese **24 Stunden** vor der Untersuchung, sofern nicht ausdrücklich vom Arzt anders angewiesen.
2. Vor der Untersuchung können Sie ein kleines Frühstück zu sich nehmen (z.B kleine Scheibe Brot), trinken Sie **keinen** Kaffee, schwarzen oder grünen Tee, Kakao oder Cola
3. Bringen Sie sich ein **kohlensäurehaltiges Getränk** und eine **fettreiche** Mahlzeit mit, z.B Käse- oder Wurstbrot, die Sie nach der Belastung verzehren müssen.
4. Ziehen Sie sich bequeme Kleidung und Sportschuhe an und bringen Sie sich ein **Handtuch** mit.
5. Bringen Sie bitte **aktuelle kardiologische Vorbefunde (Belastungs EKG, Echokardiographie)** und einen **Medikamentenplan** mit.

Untersuchungsablauf:

1. Vor Beginn der Untersuchung wird Ihnen ein venöser Zugang gelegt. Sie werden an das EKG angeschlossen und Ihr Blutdruck wird gemessen.
2. Die Belastung erfolgt typischerweise auf einem Fahrrad-Ergometer. Falls dies nicht möglich sein sollte, kann alternativ ein Medikament gegeben werden, welches die Belastung simuliert.
3. Am Höhepunkt der Belastung wird Ihnen der Arzt eine geringe radioaktiv markierte Substanz in die Vene spritzen, welche sich durchblutungsabhängig im Herzmuskelgewebe verteilt. Diese Substanz dient der Bildgebung und hat keine medikamentöse Wirkung.
4. Zur Verbesserung der Bildqualität sollten Sie nun die mitgebrachte **fettreiche** Mahlzeit zu sich nehmen und auch etwas Sprudel oder Kaffee trinken. Ihre Medikamente können Sie nun auch einnehmen.
5. Nach einer Wartezeit von ca. 20 – 30 Minuten werden wir spezielle Aufnahmen mit einer sogenannten Gamma-Kamera von Ihrem Herzen anfertigen. Dazu liegen Sie auf einer Untersuchungsliege auf dem Rücken mit den Armen über dem Kopf. Dabei werden Ihnen noch einmal drei Elektroden angelegt.
Die Aufnahmen dauern ca. 15 – 20 Minuten.
6. Im Anschluss daran werden die Aufnahmen gleich ausgewertet, der Arzt entscheidet, ob Sie zu einer sogenannten Herz-Ruheuntersuchung kommen müssen. Dabei wird Ihnen noch einmal die radioaktive Substanz für die Herzdurchblutungsstudie in Ruhe gespritzt.

-Bitte wenden-

Patientenfragebogen Myocardszintigraphie

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Bitte beantworten Sie folgende Fragen durch Ankreuzen bzw. Ausfüllen:

1. Wurden Sie in den letzten 12 Monaten geröntgt?

(z.B CT, orthopädisch, Zahnarzt)

ja nein

Wenn ja, wann? _____ Was wurde untersucht? _____

2. Wurden Sie in den letzten 12 Monaten nuklearmedizinisch untersucht?

ja nein

Wenn ja, wann? _____ Was wurde untersucht? _____

3. Wurde bei Ihnen eine Bestrahlungstherapie mit Röntgenstrahlen, Radium oder sonstigen radioaktiven Stoffen durchgeführt?

(z.B bei Krebserkrankungen, Radiojod-Therapie der Schilddrüse)

ja nein

Wenn ja, wann? _____ Wegen welcher Erkrankung? _____

4. Ist bei Ihnen eine Erkrankung der Herzkranzgefäße (KHK) bekannt?

ja nein

5. Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt ?

- Asthma oder chronische Bronchitis (COPD) ? ja nein
- Herzrhythmusstörungen ? ja nein
- Herzinfarkt ? ja nein
- Herzmuskelentzündung ? ja nein
- Herzklappenerkrankung ? ja nein
- Linksschenkelblock ? ja nein
- Bluthochdruck ? ja nein
- Niedriger Blutdruck ? ja nein
- Beinvenenthrombose ? ja nein
- Lungenembolie ? ja nein
- Schlaganfall ? ja nein

- bitte wenden-

6. Wurde bei Ihnen schon einmal eine Herzkatheter-Untersuchung durchgeführt? ja nein
7. Sind Sie schon einmal am Herzen operiert worden? ja nein
8. Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
9. Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten gegen bestimmte Substanzen bzw. Medikamente bekannt? ja nein
Wenn ja, welche?

10. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche?

11. Bei Einnahme eines Betablockers: Haben Sie die Einnahme des Betablockers in den letzten 24 Stunden pausiert? ja nein
12. Haben Sie in den letzten 12 Stunden koffeinhaltige Getränke (z.B Kaffee, schwarzer Tee, grüner Tee, Kakao) zu sich genommen? ja nein
13. Sind Sie in der Lage, eine körperliche Belastung auf dem Fahrradergometer durchzuführen? ja nein Weiß nicht
14. Für Frauen im gebärfähigen Alter: Sind Sie schwanger? ja nein Ungewiss
Stillen sie gerade? ja nein

Untersuchungsdatum:

Unterschrift:
(Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter/Vormund)