

Patientenangaben bzw. Etikett

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	

Chefarzt: PD Dr. Martin Freesmeyer

Tel.: 03641/ 9-329801

Fax: 03641/ 9-329802

<http://www.nuklearmedizin.uniklinik-jena.de/>
Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie wurden zu einer **Herzmuskelszintigraphie** (Myokardszintigraphie) überwiesen, um eine Erkrankung abzuklären oder auszuschließen oder um einen Therapieerfolg zu überprüfen.

Die **Myokardszintigraphie** ist eine nuklearmedizinische Untersuchung, bei der eine leicht radioaktive Substanz intravenös verabreicht wird, deren Aufnahme und Speicherung gemessen wird. Mittels dieser Szintigraphie wird der Herzmuskelstoffwechsel in Ruheposition und unter Belastung beurteilt.

Sie erhalten eine geringe Menge eines **kurzlebigen radioaktiven Arzneimittels** (99m Tc) intravenös verabreicht. Die Untersuchung wird mit der Gammakamera durchgeführt.

Die gesamte Untersuchungszeit beträgt ca. **3 Stunden**. Anschließend werden am Computer die Bilder rekonstruiert, bearbeitet und befundet.

Vorbereitung

Sie müssen **nüchtern** zu uns kommen (**kein Kaffee !**). **Beta Blocker und Dipyridamol** müssen **48 Stunden** vor der Untersuchung **abgesetzt** werden. Bitte bringen Sie sich ein **fettreiches Lunchpaket** sowie Ihre Medikamente (einschließlich Asthmaspray) mit und, falls nötig, sportliche Bekleidung.

Untersuchung

Nach einem ausführlichen Arztgespräch wird Ihnen eine Venenverweilkanüle gelegt .Es erfolgt die **ergometrische** Belastung in **halbliegender Position** .Es wird mit 50 Watt begonnen und alle zwei Minuten um 25 Watt erhöht. Wenn Sie ihre Belastungsgrenze erreicht haben, wird Ihnen ein radioaktives Mittel (99m Tc) gespritzt. Während der gesamten Belastungsphase ist ein Arzt anwesend und es wird in bestimmten Abständen Ihr Blutdruck überprüft.

Wenn eine ergometrische Belastung aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich ist, wird eine medikamentöse Belastung durchgeführt.

Um die Bildqualität zu optimieren, müssen Sie nach der Belastung/Injektion einen Joghurt und Ihr mitgebrachtes Lunchpaket essen, auch Ihre Medikamente dürfen Sie jetzt einnehmen. Nach ca. einer halben Stunde beginnt die Aufnahme am Gerät.

Für die Untersuchung werden Sie bequem gelagert, da Sie anschließend möglichst ruhig auf dem **Rücken liegen** müssen. Der Oberkörper muss frei sein, da die Aufnahme EKG-gestützt erfolgt. Die Dauer beträgt **15 Minuten**.

Nach ca.1h erfolgt die zweite Injektion eines Radiopharmakons. Nun haben Sie eine halbe Stunde Zeit, in der Sie sich relativ ruhig verhalten müssen. Anschließend erfolgt die Ruheaufnahme. Die Dauer beträgt **15 Minuten**.

Nach der Untersuchung sollten Sie reichlich Wasser trinken und die Blase häufig entleeren und für 2 Stunden meiden Sie bitte engen körperlichen Kontakt mit Schwangeren und Kleinkindern, gegenüber anderen Personen sind keine Vorsichtsmaßnahmen nötig. Sie können z.B. Auto fahren oder normal zu Ihrem Arbeitsplatz bzw. auf Station zurück.

Informationen für den Arzt

Waren Sie schon einmal zu einer Szintigraphie? () nein () ja Wann? _____
 Welche? _____ Wo? _____

Nehmen Sie zur Zeit Beta-Blocker ein? () nein () ja
 abgesetzt seit? _____

Wurde bei Ihnen eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt? () nein () ja
 Wann? _____

Sind Sie am Herz operiert wurden? () nein () ja
 Wann? _____

Ist bei Ihnen eine chronische Lungenerkrankung bekannt? () nein () ja
 Welche? _____

Sind Sie Diabetiker? () nein () ja

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? () nein () ja Welche? _____

Könnten Sie schwanger sein? () nein () ja
 Stillen Sie? () nein () ja Nehmen Sie die Pille? () nein () ja

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 Myokardszintigraphie und die damit verbundenen Interventionen ein.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Patientenaufklärung gelesen und verstanden habe. Eine Kopie der Aufklärung habe ich erhalten.

 Ort, Datum

 Unterschrift Patient / Bevollmächtigter/
 Betreuer/ Sorgeberechtigter

 Ort, Datum

 Unterschrift Arzt

Anmerkungen
