

AUFKLÄRUNGSBOGEN HERZ-CT

Patientenname

Geburtsdatum

Gewicht

Größe

Telefonnummer

Hausarzt

Ort

Soll der Hausarzt einen Bericht erhalten?

Nein

Ja

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Bei Ihnen soll eine Computertomographie des Herzens (Kardio-CT) durchgeführt werden. Diese Untersuchung wird von den Fachärzten der Radiologie Lienz betreut. Die technische Durchführung sowie die Auswertung der Untersuchung erfolgt durch das Praxisteam der Radiologie Lienz. Im Folgenden möchten wir Sie ausführlich über den Ablauf, die möglichen Risiken und die bestehenden Alternativen informieren, damit Sie sich informiert entscheiden und in die Untersuchung einwilligen können.

Allgemeines:

Die Computertomographie gehört schon lange zu den Standardmethoden bei der Beurteilung der inneren Organe. Durch die technische Weiterentwicklung der letzten Jahre können mit dem in der Radiologie Lienz installierten High-End-CT der neuesten Scannergeneration nun auch bewegte Organe wie z.B. das Herz zuverlässig untersucht werden. Dabei kommen grundsätzlich zwei Untersuchungen in Frage:

1. Mit Hilfe des Kalk-CT können verkalkte Ablagerungen an der Gefäßwand der Herzkranzgefäße sehr schnell und mit geringer Strahlenbelastung dargestellt werden. Diese Untersuchungsmethode wird vor allem bei Verdacht auf das Vorliegen einer coronaren Herzerkrankung durchgeführt. In Abhängigkeit des Ergebnisses kann eine relevante Engstelle an den Herzkranzgefäßen mit großer Sicherheit ausgeschlossen werden bzw. das Risiko dafür genauer beurteilt werden. Für diese Untersuchung wird kein KM-Gabe benötigt.
2. Die Darstellung der Herzkranzgefäße durch ein Kontrastmittel-CT kann Gefäßwandveränderungen wie Ablagerungen oder Engstellen direkt abbilden oder ausschließen. In manchen Fällen (z.B. bei schweren Verkalkungen im Bereich der Herzkranzgefäße) kann die Aussagekraft der Untersuchungsmethode allerdings soweit eingeschränkt sein, dass ein sicherer Ausschuss einer coronaren Herzerkrankung nicht möglich ist und eventuell eine konventionelle Herzkatheteruntersuchung durchgeführt werden muss.

Vorbereitung der Untersuchung:

Für die Untersuchung mit Kontrastmittel muss ein aktueller Schilddrüsenwert (TSH) und ein Nierenfunktionswert (Kreatinin) vorliegen. Falls Sie zuckerkrank sind und Metformin enthaltende Medikamente einnehmen, müssen diese zwei Tage vor und nach der Untersuchung abgesetzt werden. Am Tag der Untersuchung sollten Sie morgens auf Kaffee und Tee verzichten und nicht rauchen. Vier Stunden vor der Untersuchung sollten Sie nicht mehr essen. Für eine möglichst gute Bildqualität sollte der Puls unter 60 Schlägen pro Minute liegen. Dazu werden Sie, sofern keine Gegenanzeige (Kontraindikation) vorliegen, von Ihrem Arzt ein den Herzschlag senkendes Medikament (Betablocker) bekommen. Im Einzelfall kann das Medikament auch kurz vor der Untersuchung über eine Vene gegeben werden.

Ablauf der Untersuchung:

Vor der Untersuchung werden drei oder vier Elektroden auf Ihrem Brustkorb gefestigt, um den Herzrhythmus abzuleiten. Der Untersuchungstisch bewegt sich während der Untersuchung mehrfach durch die Öffnung des Computertomographen. Während der Untersuchung werden wir Sie mit folgendem Kommando wiederholt auffordern, die Luft anzuhalten:

Bitte einatmen - ausatmen - wieder einatmen - und die Luft anhalten - nicht atmen - weiteratmen.

In dieser Zeit von etwa 10 - 15 Sekunden dürfen Sie sich nicht bewegen, damit auf den Bildern keine Unschärfen entstehen. Während der zweimaligen Kontrastmitteldosis kann es zu einem intensivem Wärmegefühl kommen, welches nach einigen Sekunden von alleine abklingt.

Nach der Untersuchung sollten Sie den Tag über viel trinken, um die Ausscheidung des Kontrastmittels über die Nieren zu beschleunigen.

Risiken:

Die Herz-CT ist eine nicht-invasive und daher besonders schonende Untersuchung. Das von uns verwendete Kontrastmittel wird in aller Regel sehr gut vertragen. Dennoch können in Einzelfällen Komplikationen auftreten, die eine Weiterbehandlung erforderlich machen und unter Umständen im Verlauf sogar lebensbedrohlich sein können.

Bitte beantworten Sie daher die Fragen auf der nächsten Seite, die uns helfen, mögliche Gefahrenquellen rechtzeitig zu erkennen und diesen vorbeugen zu können.

Die mit der Untersuchung verbundene Strahlenbelastung hängt von sehr vielen, insbesondere individuellen Faktoren ab. Grundsätzlich werden möglichst strahlensparende Einstellungen gewählt, die trotzdem noch eine aussagekräftige Bildqualität hervorbringen.

Annäherungsweise ist die Strahlendosis mit der einer konventionellen Herzkatheteruntersuchung vergleichbar und liegt in etwa zwischen dem eins- bis fünffachen der natürlichen umweltbedingten Strahlenbelastung pro Jahr.



Einverständniserklärung:

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden, ein Merkblatt zum Mitnehmen kann ich auf Wunsch an der Anmeldung erhalten. Meine Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet. Ich bin mit der Untersuchung und einer eventuell notwendigen Kontrastmitteldosis einverstanden.

Datum

Unterschrift

KARDIO-CT ANAMNESEBOGEN

WURDE BEI IHNEN SCHON EINMAL EINE UNTERSUCHUNG DES HERZENS DURCHGEFÜHRT? Nein Ja *Wenn ja: Wann?* _____ *Wo?* _____**SIND SIE FRÜHER SCHON EINMAL MIT RÖNTGENKONTRASTMITTEL UNTERSUCHT WORDEN?** Nein Ja*Wenn ja: Haben Sie nach der Gabe von Röntgenkontrastmittel Nebenwirkungen verspürt?* Nein Ja *Wenn ja: Welche?* _____**SIND BEI IHNEN ALLERGIEEN ODER EINE ÜBEREMPFINDLICHKEIT BEKANNT?** Nein Ja *Wenn ja: Gegen?* _____**IST BEI IHNEN EINE ÜBERFUNKTION DER SCHILDDRÜSE BEKANNT?** Nein Ja *Wenn ja: Behandlung mit* _____**SIND BEI IHNEN ERKRANKUNGEN DER NIEREN BEKANNT?** Nein Ja *Wenn ja: Welche?* _____**IST BEI IHNEN EINE ZUCKERERKRANKUNG (DIABETES) BEKANNT?** Nein Ja *Wenn ja: Mit welchem Medikament wird behandelt?* _____**TRAGEN SIE EINEN HERZSCHRITTMACHER, EINE KÜNSTLICHE HERZKLAPPE ODER SIND BEI IHNEN HERZRHYTHMUSSTÖRUNGEN BEKANNT?** Nein Ja**SIND SIE SCHON EINMAL AM HERZEN OPERIERT?** Nein Ja**HATTEN SIE EINEN HERZINFARKT?** Nein Ja**IST EINE HERZKLAPPENERKRANKUNG (AORTENKLAPPENSTENOSE) BEKANNT?** Nein Ja**WURDE SCHON EINMAL EIN HERZKATHETER DURCHGEFÜHRT?** Nein Ja *Wenn ja: Wann?* _____ *Wo?* _____**SCHWANGERSCHAFT / STILLZEIT**

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

 Nein Ja

Stillen Sie zur Zeit ein Kind?

 Nein Ja