



Fachinformation Myokardszintigraphie

mit 99mTc- MIBI

Formalitäten:

Diese Untersuchung führen wir nach Terminabsprache mittwochs durch.

Anmeldung bitte über folgende Telefonnummer 08 71/9 23 40 0

Der Untersuchungsbeginn ist vormittags zwischen 8:00 und 11:00 Uhr.

Die Untersuchungsdauer beträgt ca. 5 bis 6 Stunden. Während dieser Zeit muss sich der Patient nicht immer in unserer Praxis aufhalten.

Die Patienten bringen bitte die Krankenversichertenkarte, einen Überweisungsschein, ein **aktuelles Belastungs-EKG** (bei medikamentöser Belastung nicht erforderlich) **und relevante (aktuelle) Befundbriefe** mit.

Patientenvorbereitung:

•Die Belastung des Pat. erfolgt fahrradergometrisch oder medikamentös.

1. Der Pat. muss **am Untersuchungstag nüchtern** erscheinen (letzte Mahlzeit am Vorabend, kein Kaffee/Tee/Cola/Nikotin/Guarana/Schokolade).

2. **Betablocker**, wenn med. vertretbar, **48 Stunden vor Untersuchung absetzen**.

3. Alle anderen Medikamente werden bis zum Vortag eingenommen.

4. Alle Medikamente dürfen am Untersuchungstag nicht eingenommen werden, sollen aber unbedingt mitgenommen werden (ggf. zusätzlich Beipackzettel), da diese nach der Belastung eingenommen werden sollen.

•Zwei möglichst fettreiche und reichhaltige Mahlzeiten sollen mitgebracht werden (z.B. Butterbreze, Käsesemmel, Milch...). Dies ist notwendig, um die intestinale Aktivitätsanreicherung zu verringern und kann **nach** Untersuchungsbeginn in unserer Praxis eingenommen werden.

Nach der Untersuchung sind keine besonderen Maßnahmen erforderlich.

Hinweise für medikamentöse Belastung:

Kontraindikationen:

- gesichertes Asthma bronchiale/theophyllinpflichtige COPD
- kein Theophyllin oder Dipyridamol (Aggrenox) in Medikation
- AV-Block 2-3. Grades ohne externen Schrittmacher
- Karenzzeit nach letztem Apoplex mind. 8 Wochen.
- Epilepsie

Radiopharmakon:

1000 MBq 99mTc-Sestamibi (250 MBq bei Belastung und 750 MBq in Ruhe).

Strahlenexposition:

Die effektive Dosis beträgt beim Erwachsenen 0,0085 mSv/MBq.

Unterschrift zur Kenntnissnahme:

Ich habe diese Fachinformation durchgelesen und verstanden

.....
Aufklärungsdatum und Name des Patienten

.....
Unterschrift des Patienten

| | | | | |
|---------------------|----|-------|-------|---------|
| NUK LA Vorinfo MIBI | LA | B. M. | M. B. | 2025-04 |
|---------------------|----|-------|-------|---------|