

HERZKATHETERLABOR ANMELDEBOGEN

Personalien:	Befundberichte an:
Hausarzt:	Station:

INDIKATION

- KHK / V.a. KHK** (weiter bei 1)
 Z.n. Bypass-OP (weiter bei 2 u.1)
 Z.n. PCI (weiter bei 3 u.1)
 Elektive PCI (weiter bei 4 u.1)
 Carotisangiographie / angioplastie (weiter bei 6)
 Vitium (weiter bei 5)
 Klappensprengung / Valvuloplastie
 Sonstiges _____

Extrakardiale Risiken: **Laborwerte:** _____ **Thrombozyten:** _____

Kontrastmittelallergie **Blutgruppe:** _____ **Hb:** _____ **Cholesterin:** _____
 Hyperthyreose **Größe:** _____ **HKT:** _____ **LDL:** _____
 Blutgerinnungsstörungen **Gewicht:** _____ **PTT:** _____ **HBA1-c:** _____

O p AVK	Kalium: _____	Quick: _____	Ja	Nein
	Kreatinin: _____	Diabetes >5J nicht mit Diät einstellbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Terminale Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Z.n. Insult mit neurologischem Defizit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Manifeste Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nickel Chrom Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Extrakardiale Begleiterkrankungen: _____

(bei operierter pAVK möglichst **OP-Bericht** beilegen und gegebenenfalls **Prothesentyp** angeben)

Derzeitige Medikation: _____

Kardiale Risikofaktoren

arterielle Hypertonie bekannt seit _____ Jahren

Fettstoffwechselstörung mit HMG-CoReduktasehemmer behandelt seit _____
 Nikotinabusus (_____ Zigaretten tgl.) Exraucher seit _____ Jahren
 Diabetes mit Insulin behandelt seit _____ oral behandelt seit _____

Beruf: _____ bisher aktiv / arbeitslos Zeitrente bis _____ Rente seit _____

1. KHK

Erstuntersuchung **Wieviele Untersuchung insgesamt:** _____

letzter Vorkatheter in: _____ am: _____; _____; _____

Angina pectoris: seit _____ **CCS- Stadium:** _____ keine AP

stabil typisch atypisch

instabil **Troponin:** positiv negativ nicht bestimmt

GP IIB / IIIA **Nein** **Ja, seit** _____

Mit EKG-Ischämiezeichen **Nein** **Ja**

Schwere Klasse: I II III (I: AP seit 8 Wochen; II: auch Ruhe-AP seit 4 Wochen; III: Ruhe-AP sogar <48hrs.)

Genese/Art: A B C (A. nicht kardial; B: kardial; C: Postinfarkt AP)

Therapie-Stufe: I II III (I: minimal; II: ausreichende Kombination; III: maximal einschl. iv Nitro)

Siehe auch letzte Seite

Frischer Infarkt am: _____; _____; _____ **CK max:** _____ _____ Std nach Lyse

Vorderwand Hinterwand mit Lyse _____ Std nach Schmerzbeginn ohne Lyse

Abgelaufene Infarkte VWI (Mon; Jahr): _____; _____; _____; _____

HWI (Mon; Jahr): _____; _____; _____; _____

Belastungs- EKG vom: _____; _____; _____ mit Nitro Ca-Antag. β -Blockern Digitalis

Belastungsstufen: **Frequenzanstieg von** _____ **auf max** _____

_____ Min _____ Watt **RR- Anstieg von** _____ **auf max** _____

_____ Min _____ Watt **Abbruch wegen:** Angina pectoris ab der _____ Min

_____ Min _____ Watt ST- Senkung/Hebung ab der _____ Min

_____ Min _____ Watt musk. Erschöpfung Ausbelastung

_____ Min _____ Watt Atemnot andere Gründe

Herzinsuffizienz seit _____ **NYHA- Stadium:** _____ keine Herzinsuffizienz

bisher _____ mal rechts links dekompensiert, z.Zt.: kompensiert dekompensiert AFib seit _____

2. Z.n. Bypass-OP am _____ (OP-Befund beilegen)

Z.n. Bypass- OP in: _____ Zahl der Bypässe: _____

Bypässe zu welchen Gefäßen und welche Art: _____

(weiter bei 1)

3. Z.n. PCI am _____ (PCI/PTCA-Befunde beilegen)

Z.n. PCI in: _____ Seit letzter PCI \geq 6 Monate vergangen

Welche Gefäße wurden bislang dilatiert? _____

(weiter bei 1)

4. Elektive PTCA / PCI (Koronarangiographie, falls auswärtig erfolgt beilegen)

Welches Gefäß soll dilatiert werden: _____

(weiter bei 1)

5. VITIUM

(unbedingt ECHO-Befund mitgeben!!!)

Art des Vitiums: AI AST MI MST TI TSt
 PI PST ASD VSD Aortenisthmusstenose

Sonstiges: _____

Z.n. Klappenersatz Welche Klappe wurde wann ersetzt: _____

Prothesentyp / gröÙe: _____

Echokardiographie: vom ____; ____; ____ Aortenwurzeldurchmesser: _____ mm

LVEDD: _____ mm LVESD: _____ mm FS: _____ % DD- IVS: _____ mm LA: _____ mm

MSt MSt-Ausschluß!? EF: _____ %

Thrombus im: re. Vorhof li. Vorhof re. Ventrikel li. Ventrikel Keiner

Kardialer (Farb/CW/PW) Doppler: vom ____; ____; ____

Aortenklappe: Spitzengradient: _____ Reflux / Insuffizienz

Mitralklappe: mittlerer Gradient: _____ Klappenöffnungsfläche: _____ cm² Reflux / Insuffizienz

Trikuspidalklappe: mittlerer Gradient: _____ Klappenöffnungsfläche: _____ cm² Reflux / Insuffizienz

Bemerkung: _____

Mikrokatheteruntersuchung: vom ____; ____; ____ „dip-plateau“ Phänomen

Druckwerte: A. pulm.: _____/_____ Apm: _____ mmHg RV: _____/_____ mmHg

bei max. Belastung von _____ Watt Apm: _____ mmHg

Bemerkung: _____ **(weiter bei 1)**

6. Carotisangiographie/angioplastie

Diagnostische Angiographie Angioplastie Welches Gefäß? _____

Indikation:	Vor HLM-OP: <input type="checkbox"/>	Vor-Befunde:	Ja	Nein	Vortherapie:	Ja	Nein
	TIA/PRIND: <input type="checkbox"/>	re hirinig: <input type="checkbox"/>	li hirinig: <input type="checkbox"/>	CCT: <input type="checkbox"/>	ASS: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hemiparese: <input type="checkbox"/>	re hirinig: <input type="checkbox"/>	li hirinig: <input type="checkbox"/>	Doppler: <input type="checkbox"/>	Clopidogrel: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				DSA/Angio.: <input type="checkbox"/>	Standardvorbehandlung:		
				Neurologisches Konsil: <input type="checkbox"/>	3 Tage ASS + Clopidogrel		

Der Patient muß 1 Tag vor der geplanten Untersuchung / vor dem geplanten Eingriff aufgeklärt worden sein und beide Einverständniserklärungen (zur Diagnostik und Intervention) ggf. mit handschriftlichen Zusatzbemerkungen des Arztes unterschrieben haben. Für die Aufklärung einschl. typischer Komplikationen ist der Arzt verantwortlich.

Name des Stations-: _____ Tel. (Station): _____
Arztes

Unterschrift: _____

Zur Vorbereitung des Patienten:

- **Rasur großflächig !!**
- **Schamhaare bis zur Medianlinie entfernen !!**
- **Oberschenkel bis 15 cm unterhalb der Inguinalfalte rasieren !!**

1) Medikation:

Marcumar: Orale Antikoagulation müssen rechtzeitig vor der Untersuchung abgesetzt und ggf. durch Heparin ersetzt werden. Der Quick-Wert z.Zt. der Untersuchung muß >50% betragen. Thrombozytenaggregationshemmer (ASS, Ticlopidin, Clopidogrel etc.) sollten nicht wegen der Untersuchung abgesetzt werden. Metforminhaltige Präparate (z.B.: Glukophage S, Diabeta, Mediat, Meglucon, Mescorit, Siofor) sollen 72 Stunden vor der Kontrastmittelapplikation abgesetzt worden sein. Abgesehen von Insulin und oralen Antidiabetika soll die verordnete Medikation auch am Tag der Untersuchung wie gewohnt **fortgeführt** werden.

2) Schilddrüsenüberfunktion:

Manifeste Schilddrüsenüberfunktion (T3 oder T4 erhöht): Kombinationsbehandlung mit Thiamazol oder Carbimazol in Kombination mit Irenat bis zur euthyreoten Stoffwechsellage. Fortführung dieser Therapie mindestens 4 Wochen nach Kontrastmittelapplikation. Latente Schilddrüsenüberfunktion (TSH supprimiert ohne L-Thyroxin-Therapie oder V.a. Überfunktion): Nach Möglichkeit bereits 1 Tag vor der Untersuchung beginnend Perchlorat (Irenat) in der Dosis 4 x 1 ml (= 4 x 15 Tropfen und Gesamtdosis 1200 mg). Am Tag der Untersuchung und am Folgetag gleiche Dosis.

3) Nahrungskarenz:

Patienten müssen 6 Stunden vor der Untersuchung nüchtern bleiben, kleinere Mengen Flüssigkeit zur Einnahme der Medikation sind erlaubt.

4) Niereninsuffizienz:

Bei Patienten mit einem Kreatininwert über 1,5mg%, Paraproteinämien und Plasmozytom wird die stationäre Verlegung **mindestens einen Tag vor der Kontrastmittelapplikation** dringend empfohlen.

Stadieneinteilung der Herzinsuffizienz (NYHA New York Heart Association)

- NYHA-I:** Herzkrankte ohne jede faßbare Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Bei gewohnten körperlichen Betätigungen treten weder Dyspnoe, Brustschmerzen, Palpitationen noch eine schnelle Ermüdung auf.
- NYHA-II:** Patienten mit leichter Einschränkung der körperlichen Leistung auf Grund der Herzkrankheit. Diese Kranken fühlen sich in Ruhe und bei leichter Tätigkeit wohl. Beschwerden machen sich bei gewohnten Betätigungen bemerkbar. Bei alltäglicher körperlicher Betätigung treten entweder Dyspnoe, Brustschmerzen, Palpitationen oder eine schnelle Ermüdung auf.
- NYHA-III:** Patienten mit starker Einschränkung der körperlichen Leistung auf Grund der Herzkrankheit. Diese Kranken fühlen sich in Ruhe wohl, haben aber schon bei leichten Graden der gewohnten Tätigkeit Beschwerden. Trotz eingeschränkter körperlicher Betätigung kommt es zum Auftreten von Dyspnoe, Brustschmerzen, Palpitationen oder einer schnellen Ermüdung.
- NYHA-IV:** Patienten, die keine körperliche Tätigkeit ausüben können, ohne daß Beschwerden auftreten. Die Symptome der Herzinsuffizienz oder Brustschmerzen können in Ruhe vorhanden sein und werden durch jede körperliche Tätigkeit verstärkt.

Stadieneinteilung der stabilen Angina pectoris (CCS Canadian Cardiovascular Society)

- CCS-1:** Keine Schmerzen bei normaler körperlicher Aktivität. Angina pectoris während plötzlicher, sehr starker oder langanhaltender Anstrengung oder anschließend in der Erholungsphase.
- CCS-2:** Leichte Beeinträchtigung der normalen körperlichen Aktivität. Angina pectoris beim Gehen, Bergangehen oder Treppensteigen unter besonderen Bedingungen: Nach Mahlzeiten, in Kälte oder bei windigem Wetter, unter emotionalem Streß oder in den ersten Stunden nach dem Aufstehen. Angina pectoris unter normalen Bedingungen: bei einer Gehstrecke von mehr als 1000 Metern oder beim Steigen von mehr als einem Treppenabsatz.
- CCS-3:** Deutliche Beeinträchtigung der normalen körperlichen Aktivität. Angina pectoris bei einer Gehstrecke von 500 bis 1000 Metern oder einem Treppenabsatz.
- CCS-4:** Unfähigkeit, irgendeine körperliche Aktivität ohne Beschwerden zu verrichten. Angina pectoris kann in Ruhe auftreten.

Stadieneinteilung der instabilen Angina pectoris (nach Braunwald modifiziert)

- Klasse-I:** Jede Erstmanifestation der Angina pectoris innerhalb von 8 Wochen oder jede signifikante Zunahme der bisherigen Angina pectoris-Symptomatik innerhalb der letzten 8 Wochen (entweder häufigere Angina pectoris-Anfälle oder Angina pectoris bei geringerer Belastung) **aber keine** Ruheangina.
- Klasse-II:** Ruheangina innerhalb der letzten 4 Wochen **aber nicht** innerhalb der letzten 48 Stunden.
- Klasse-III:** Ruheangina innerhalb der letzten 48 Stunden.
- Art-A:** Sekundäre instabile Angina pectoris (Anämie, Fieber, Infektion, Hypotension, Tachykardie, Hypertension, Hypoxie, Thyreotoxikose, ...).
- Art-B:** Primär instabile Angina pectoris.
- Art-C:** Postinfarktangina, welche innerhalb von 2 Wochen nach dem Myokardinfarkt auftritt bzw. seither persistiert.
- Stufe-I:** Bislange keine oder minimale Therapie.
- Stufe-II:** Ausreichende Dosierung einer dreifach Kombination; eine maximale Therapie, die unter ambulanten Bedingungen denkbar toleriert wird.
- Stufe-III:** Maximal dosierte Therapie einschließlich iv-Nitroglycerin - eine maximale Therapie, die nur unter stationären Bedingungen denkbar ist.

Typische Komplikationen und durchschnittliche Komplikationsraten:

Herzkatheteruntersuchung		Koronarangioplastie		Carotisangioplastie	
	%		%		%
Herzinfarkt	0,05	Herzinfarkt	1,0	Herzinfarkt	0,0
Schlaganfall	0,01	Schlaganfall	0,2	Schlaganfall	1,0
PRIND	0,03	PRIND	0,5	PRIND	3,0
TIA	0,1	TIA	0,2	TIA	8,0
Leistenkomplikationen*	0,5	Leistenkomplikationen*	4,0	Leistenkomplikationen*	5,0
Tod	0,1	Tod	1,0	Tod	1,0
Alle schwerwiegenden	1,5	Alle schwerwiegenden	6,0	Alle schwerwiegenden	15,0

*: Leistenkomplikationen alle - transfusionsbedürftige, aufenthaltsverlängernde Blutungen, operationswürdige Komplikationen