Sydänamyloidoosin PET/TT (P)

|  |  |
| --- | --- |
| Kuvaus: | Valmistautumisohje sydänamyloidoosin PET/TT kuvaukseen tulevalle potilaalle + haastattelukaavake |

**Tutkimuksen tarkoitus** Kuvata kertyykö amyloidimerkkiainetta poikkeavasti sydämeen.

**Esivalmistelut**Ennen tutkimukseen tuloa saa syödä, juoda ja ottaa määrätyt lääkkeet normaalisti. Juokaa runsaasti vettä ennen tutkimukseen ilmoittautumista. (n. litra vettä tutkimusta edeltävän kahden tunnin aikana). WC:ssä saa käydä vapaasti.

**Mikäli olette tai epäilette olevanne raskaana, ilmoittakaa siitä viipymättä kliinisen fysiologian ja isotooppilääketieteen yksikköön.**

**Tutkimuksen kulku**Tutkimuksessa annetaan radiolääkettä kyynärtaipeen laskimoon, jonka jälkeen kuvataan 60 minuuttia.

**Tutkimuksen jälkeen**Tutkimuksen jälkeen on juotava runsaasti ja käytävä usein WC:ssä seuraavan 12 tunnin aikana.

Tutkimuksessa käytetään pientä määrää radioaktiivista lääkeainetta, jonka vuoksi läheistä kontaktia pieniin lapsiin sekä raskaana oleviin tulisi välttää tutkimuspäivänä 12 h ajan. Tutkimuksessa käytetty radiolääke poistuu elimistöstä tänä aikana. Imettävien äitien on pidettävä 12 tunnin imetystauko tutkimuksen jälkeen. Tauon aikana lypsetty maito tulee hävittää.

Tulliasemilla on käytössä radioaktiivisuusmittarit. Jos aiot matkustaa ulkomaille 1 vrk tutkimuksen jälkeen, pyydä hoitohenkilökunnalta todistus tehdystä tutkimuksesta.

**Tutkimuspaikka**Puijon sairaala, Pääsairaala, C-aula, 2.kerros, Isotooppilääketiede

Huom! sisääntulokerros on 0-kerros

**Lisätiedot**Jos sinulla on kysyttävää tai sinulle tulee äkillinen este, ota yhteys Kliinisen fysiologian ja isotooppilääketieteen yksikköön puh.017-173270.

**Pyydämme ystävällisesti täyttämään seuraavan lomakkeen ennen tutkimusta**

Nimi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Henkilötunnus\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sairastatteko tai oletteko sairastaneet**

□ sokeritautia □ sarkoidoosia

□ munuaistautia □ suolistotulehdusta

□ tuberkuloosia □ reumatautia

Muuta, mitä?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Onko teillä säännöllistä lääkitystä?** □ Kyllä□ Ei

Lääkkeen nimi

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Oletteko saanut lähiaikoina seuraavaa lääkitystä?**

□ kortisonia,  pvm\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ verisolujen kasvutekijöitä, pvm \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Oletteko saanut solunsalpaajahoitoa (sytostaatti)?** □ Kyllä □ Ei

Milloin?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Oletteko saanut sädehoitoa?** □ Kyllä □ Ei

Milloin?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mille alueelle?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Onko teille tehty jokin leikkaus?** □ Kyllä □ Ei

Mikä, missä, milloin?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Onko teillä kehossa metalliosia (proteeseja)?** □ Kyllä □ Ei

Missä?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_