



הנחיות לבדיקת CT לב

נבדק יקר, הינך מוזמן לבדיקת CT לב.

תאריך הבדיקה: _____

שעת הבדיקה: _____

להלן הנחיות לבדיקה:

- יש להיות בצום כ 6 שעות לפני הבדיקה, מותר לשתות מים.
- לפני הבדיקה אין לשתות משקאות המכילים קופאין כגון: קפה או תה.
- יש לנטול תרופות כרגיל.
- יש להגיע עם תוצאות בדיקות דם- קריאטינין, BUN.
- במידה והינך נוטל תרופות למחלת הסוכרת - מטפורמין (גלוקופאג), יש להפסיק את נטילת התרופה ביום הבדיקה וכן במשך 48 השעות לאחר הבדיקה.
- יש להיוועץ ברופא מטפל או ברופא משפחה לצורך הפסקת התרופה.
- במידה והינך רגיש ליוד, אסטמה יש להודיע למכון ה-CT לצורך קבלת הנחיות מיוחדות לרגישות.
- ביום הבדיקה יש להגיע עם כל החומר הרפואי (מיפוי לב, צנתור) במידה ויש.
- ביום הבדיקה יש להגיע עם טופס התחייבות קוד L1275 או תשלום בעת הגעה לבדיקה.
- חנייה- ניתן לחנות ללא תשלום בחניון ההנהלה של בית החולים.

בכל שאלה ניתן לפנות למכון ה CT בטל' 03-6974642 בימים א-ה בין השעות 08:00-15:00.

בברכה,

ד"ר אבירם גלית

מנהלת יחידת דימות חזה ולב.



שאלון לבדיקת C.T אנגיו של הלב

תאריך: _____ מין ז/ב _____

שם פרטי _____ שם משפחה _____ ת.ז. _____

כתובת _____ טלפון _____ גיל _____

משקל _____ גובה _____ דופק במנוחה _____ קופ"ח _____

נא לענות על השאלות הבאות לגבי גורמי סיכון למחלות לב ולרשום את כל הטיפול התרופתי אשר אתה לוקח/ת באופן קבוע. תודה.

מינון תרופה	שם תרופה	כן	לא	
				גורמי סיכון למחלת לב
				יתר לחץ דם
				סוכרת
				עודף שומנים בדם
				סיפור משפחתי של מחלת לב כלילית
				מעשן כיום
				עישנת בעבר (עד לפני חודש)
				האם אתה סובל מכאבים בחזה במאמץ?
				האם אתה סובל מכאבים בחזה במנוחה?
				האם עברת בדיקת מאמץ?
				האם בדיקת מאמץ היתה תקינה?
				האם עברת בדיקת מיפוי?
				האם בדיקת המיפוי הייתה תקינה?
	תאריך בדיקת CT לב?			ביצעת בדיקת CT לב בעברך?
	תאריך ניתוח מעקפים?			ניתוח מעקפים בעבר?
	תאריך אוטם לבבי?			אוטם לבבי (התקף לב) בעבר?
	תאריך צינתור?			צינתור לבבי בעבר?
	איפה התבצע הצינתור?			האם הוכנס סטנט?
				האם תפקודי כליה תקינים?
				רגישות לiod?
				סובל מאסטמה?

+++++++ תודה על שיתוף הפעולה. ++++++

לשימוש פנימי- הפניה לבדיקה: לאור קיום גורמי הסיכון המפורטים לעיל, הנ"ל מופנה ל CT אנגיו של העורקים הכליליים לשלילת הצרויות.

ל"ד: _____ דופק: _____ mg PO Tab Metoprolol שם הקרדיולוג: _____
 תאריך: _____ חתימת הקרדיולוג: _____