

VOUS ÊTES CONVOQUÉ POUR UNE

SCINTIGRAPHIE CARDIAQUE EN MÉDECINE NUCLÉAIRE



LA PRÉPARATION

Il est nécessaire d'être à jeun 6 heures avant l'examen.

Durant les **24 h précédant l'examen**, vous ne devez pas consommer : **café, thé, chocolat, Red Bull™, bananes, Coca-Cola™**, sans quoi les résultats de l'examen pourraient être faussés.

Vous devez stopper **les bêtabloquants et les dérivés nitrés 48h avant l'examen**, sauf avis contraire de votre médecin.

Y A-T-IL DES EFFETS SECONDAIRES AUX RADIATIONS ?

La radiation reçue pendant cet examen est comparable à la plupart des examens radiologiques. Le produit radioactif ne provoque ni allergie, ni effets secondaires. Ce n'est pas un examen douloureux.

Vous pourrez donc, suite à l'examen, reprendre une activité normale.

CONTRE-INDICATIONS

La **grossesse** est une contre-indication à cet examen. Prévenez-nous si vous allaitez.

LE BUT DE L'EXAMEN

La scintigraphie cardiaque est un examen qui permet d'évaluer comment le muscle cardiaque est irrigué par les artères coronaires et comment il fonctionne à l'effort et au repos.

COMMENT SE DÉROULE L'EXAMEN ?

Cet examen se déroule en deux parties.

La première partie, qui dure 1h, est un **test d'effort** qui est effectué sur un vélo ou par injection d'un médicament dans une veine du bras simulant l'effort sous contrôle de l'électrocardiogramme et de la tension artérielle. À la fin de ce test, nous vous injecterons un produit radioactif permettant de faire des images du cœur à **l'effort**.

La seconde partie de l'examen est un test au repos qui s'effectue 3-4 heures après et dure environ 45 minutes. Elle consiste en une nouvelle injection du radiopharmaceutique permettant de faire des images du cœur **au repos**.

LE RÉSULTAT

Le résultat, les images ainsi qu'un CD de l'examen, seront transmis à votre médecin prescripteur.

QUESTIONNAIRE À REMPLIR ET AMENER LE JOUR DE L'EXAMEN

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Taille : _____ cm Poids : _____ kg

Date de votre prochain RDV chez votre médecin pour les résultats de l'examen : _____

Avez-vous déjà eu des examens en médecine nucléaire ou d'autres examens en radiologie en lien avec l'examen du jour (IRM, CT) ?

OUI NON

Si oui, quel examen ? _____

Quel établissement ? _____

Si vous êtes en possession de ces examens (CD), apportez-les le jour de l'examen.

Avez-vous des allergies ?

OUI NON

Si oui, lesquelles ? _____

Pour vous les femmes :

Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?

OUI NON

Êtes-vous en période d'allaitement ?

OUI NON

Je déclare avoir pleinement compris les informations qui m'ont été données et j'estime avoir reçu des réponses suffisantes à toutes mes questions.

Signature du patient : _____