

# Zweitmeinungsverfahren-PAH

Antragsstellung bei Prof. Hoepfer, Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Pneumologie, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Tel. 0511/532-3934; weitere Informationen unter [www.zweitmeinung-PAH.de](http://www.zweitmeinung-PAH.de)

## Checkliste Erstantrag

(diese Angaben sind nicht zwingend erforderlich, aber sehr hilfreich; Rechtsherzkatheterdaten sind in der Regel unverzichtbar, es sei denn es gibt Gründe gegen eine Rechtsherzkatheteruntersuchung, diese dann bitte kurz angeben)

**Patient:** Name, Vorname, Geburtsdatum .....

NYHA-Klasse bei Erstdiagnose:  I,  II,  III,  IV      6 min Gehstrecke bei Erstdiagnose: ..... m

**Rechtsherzkatheter** Datum: .....

oder  kein Rechtsherzkatheter durchgeführt (Begründung: .....) )

Parameter	Wert	Einheit
Rechtsatrialer Druck (RAP/ZVD)		mmHg
Pulmonal-arterieller Mitteldruck (PAPm)		mmHg
Pulmonal-arterieller Verschlussdruck (PCWP)		mmHg
Herzeitvolumen (HZV, CO)		l/min
Herzindex (HI, CI)		l/min/m <sup>2</sup>
Pulmonal-vaskulärer Widerstand (PVR)		dyn·s·cm <sup>-5</sup>
Gemischt-venöse O <sub>2</sub> -Sättigung (SvO <sub>2</sub> )		%

**Vasoreagibilitätstestung**

Nein

Ja, mit .....

Falls Ja, Responder

Nein       Ja

**Echokardiographie** (bitte nicht-normale Befunde kurz beschreiben) Datum: .....

Systolischer RV-Druck ..... mmHg, Trikuspidalklappeninsuffizienz Grad ....., TAPSE ..... mm

Systolische LV Funktion       Normal                       Eingeschränkt .....

Diastolische Dysfunktion       Nein                               Vorhanden .....

Linker Vorhof                       Normal                       Vergrößert .....

Klappeninvitien                       Nein                               Vorhanden .....

Lungenfunktion				Blutgase (kapillär oder arteriell)		
				Sauerstoffzufuhr ..... l/min		
<b>FVC</b>		ml	% vom Soll	PaO <sub>2</sub>		mmHg
<b>FEV<sub>1</sub></b>		ml	% FVC	PaCO <sub>2</sub>		mmHg

## Ausschluss einer chronisch thromboembolischen pulmonalen Hypertonie (CTEPH)

Perfusionsszintigraphie  Ja  Nein    Mehrzeilen-Angio-CT  Ja  Nein    Andere: .....

**Bemerkungen:** .....

.....

Ort, Datum, Unterschrift und Stempel mit Kontaktdaten