

Patientenbrief

CAVE dieser Brief basiert auf realen Patientengeschichten, wurde jedoch entsprechend abgewandelt, um einen Identitätsschutz zu gewährleisten!

Herrn
XYZ

Wien, xx.xx.xxxx

Wir berichten über den stationären Aufenthalt von Herrn **XYZ**, geb. am **xx.xx.xxxx**, , der vom xx.xx.xxxx bis xx.xx.xxxx an unserer Abteilung in Behandlung war.

Aufnahmegrund:

Aufnahme über unsere Ambulanz, wo der Patient wegen anhaltender Dyspnoe nach Schulter-TEP-Explantation im Jahre XXXX vorstellig wurde. Anamnestisch ist ein St.p. NSTEMI mit PCI der RCX am xx.xx.xxxx sowie ein prox. Verschluss einer akut kollateralisierten RCA bekannt. Im Labor zeigt sich ein positives D-Dimer.

Diagnosen bei Entlassung:

- Ischämische Kardiomyopathie EF 40%
- Herzinsuffizienz NYHA II-III
- Koronare 2-Gefäßerkrankung
 - St.p. ACS mit Akutintervention u. PCI der prox. u. dist. RCX am xx.xx.xxxx; Verschluss der prox., gut kollateralisierten RCA;
 - Herzkatheter vom xx.xx.xxxx: kein Progress
- St.p. Wundinfektion xx/xx & Schulter-TEP-Explantation xx/xx bei St.p. Schulter-TEP li. Im Jahr XXXX
 - Schulter-TEP Reimplantation am xx.xx.xxxx geplant
- PAVK IIb
 - St.p. PTA der AFS li. Xx/xx
- Arterielle Hypertonie
- Hyperlipidämie
- Diabetes mellitus Typ 2
- St.p. Nikotinabusus

Empfohlene Medikation:

| | morgens | mittags | abends | nachts | Anmerkungen |
|---|---------|---------|--------|--------|---|
| BISOPROLOL "1A Pharma" 5 mg - Filmdoubletten | 1/2 | 0 | 1/2 | 0 | gesteigert |
| SORTIS - Filmdoubletten 80 mg | 0 | 0 | 1 | 0 | |
| PANTOPRAZOL "1A Pharma" 40 mg - magensaftresistente Doubletten | 1 | 0 | 0 | 0 | |
| TRITACE 5 mg - Doubletten | 1 | 0 | 0 | 0 | |
| THROMBO ASS 100 mg - Filmdoubletten | 1 | 0 | 0 | 0 | |
| METFORMIN "1A Pharma" 1000 mg - Filmdoubletten | 1 | 1 | 1 | 0 | |
| EUTHYROX 50 Mikrogramm - Doubletten | 1 | 0 | 0 | 0 | |
| PLAVIX 75 mg - Filmdoubletten | 1 | 0 | 0 | 0 | Pause - postop. Wiederansetzen bis 10/17 |
| SPIRONOLACTON "Agepha" - Doubletten | 1 | 0 | 0 | 0 | neu |
| TARDYFERON - Retarddoubletten 80 mg | 1 | 0 | 0 | 0 | neu |

Unser Therapievorschlagn dient als Grundlage für Ihre Weiterbehandlung. Es liegt im Ermessen des weiterbehandelnden Arztes, wirkstoffgleiche Arzneimittel (z.B. Generica) zu verschreiben.

Weitere empfohlene Maßnahmen:

- Weiterbetreuung beim niedergelassenen FA für Innere Medizin/Kardiologie.

Zusammenfassung des Aufenthalts:

Die stationäre Aufnahme erfolgte wegen o. g. Anamnese.

In einem hierorts durchgeführten Thorax-CT kann eine Pulmonalembolie nicht nachgewiesen werden. Ebenso wird eine Duplexsonographie der Beinvenen durchgeführt, hier zeigt sich kein Hinweis auf eine TVT.

Bei bekannter KHK und ausgelenktem Troponin erfolgt eine Re-Angiographie, in der eine de novo Stenose ausgeschlossen werden kann.

Echokardiographisch zeigt sich die bekannt mittelgradig reduzierte Pumpfunktion mit einer EF von ca. 40% ohne Hinweis auf akute Rechtsherzbelastung. Es wird daher von einer ischämischen CMP ausgegangen, dies ohne Akutereignis als Ursache der Beschwerden.

Diesbezüglich empfehlen wir eine suffiziente Herzinsuffizienztherapie mit maximal dosierten Betablockern, einem ACE-Hemmer sowie die Gabe eines niedrig dosierten Aldosteronantagonisten. Im Rahmen des Aufenthaltes kann die Betablockerdosis gesteigert werden, bei eher niedrig normalen Blutdruckwerten wird Tritace 5mg 1xtgl. belassen. Bei einem Kaliumspiegel von 3,4mmol/l erfolgt die additive Gabe eines Aldosteronantagonisten.

Bei St.p. ACS mit Akutintervention der RCX am xx.xx.xxxx ist prinzipiell eine duale Thrombozytenaggregationshemmung bis xx/xx empfohlen.

Laborchemisch auffallend ist eine niedrige Transferrinsättigung mit einer mikrozytären Anämie. Es erfolgt daher die additive Gabe eines Eisenpräparates (Tardyferon 100mg 1-0-0). Bzgl. der Sekundärprophylaxe der KHK befindet sich der Patient im Zielbereich des LDL. Der Patient kann am xx.xx.xxxx in stabilem Allgemeinzustand wieder nach Hause entlassen werden. Die Punktionsstelle ist bei Entlassung bland.

Allergien, Unverträglichkeiten und Risiken:
KEINE