

Kontrastdarstellung des Spinalkanals

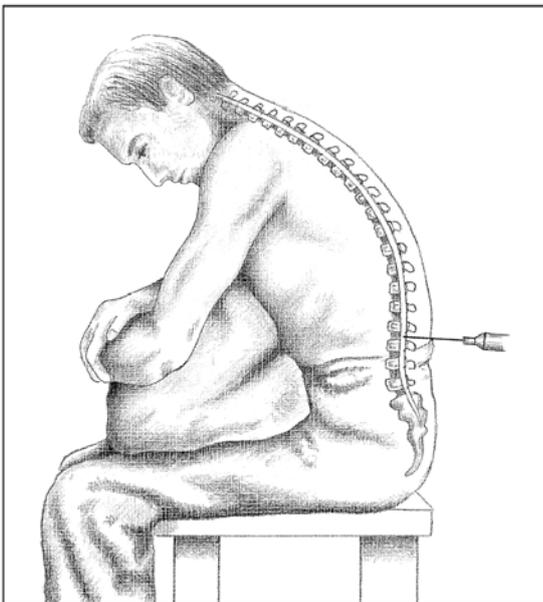
Mit Röntgen / Computertomographie (Myelographie / Myelo CT)

Bitte vor dem Aufklärungsgespräch lesen und Fragebogen ausfüllen!

Name des Patienten.....

Geburtsdatum.....

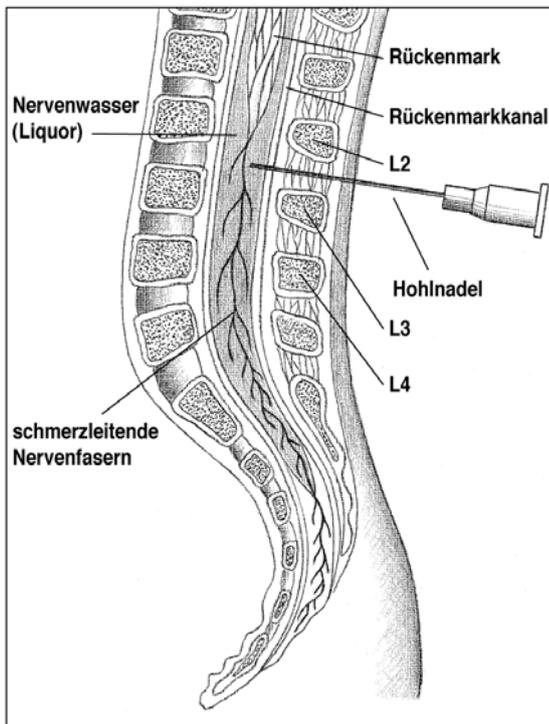
Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,



Mögliche Position während der Kontrastmitteleinspritzung mit der Röntgenkontrastdarstellung des Rückenmarkkanals (**Myelographie/Myelo-CT**) können krankhafte Veränderungen im gesamten Spinalkanal vom Hals bis zum Kreuzbein (z.B. Bandscheibenvorfall, Tumoren, Fehlbildungen, Entzündungen, u.a.) festgestellt werden.

Kommen in Ihrem Fall anstelle der Myelographie / des Myelo-CT andere Methoden (z.B. Kernspintomographie) in Betracht, werden wir Sie im Aufklärungsgespräch informieren.

Die Myelographie



Beispiel für Einstichstelle im Bereich der Lendenwirbelsäule

Nach örtlicher Betäubung der Einstichstelle an der Haut schiebt der Arzt eine feine Hohlnadel im Bereich der Lendenwirbelsäule (lumbal) zwischen zwei Lendenwirbeln (L 3/4 oder L 2/3; sh. Abb. 2) in den Rückenmarkskanal vor und entnimmt wenige Milliliter der Flüssigkeit (Liquor), die Rückenmark und Nervenfasern umgibt. Dann wird ein Kontrastmittel in den Rückenmarkskanal gespritzt. Während der Einspritzung sitzen oder liegen Sie mit gekrümmtem Rücken (siehe Abb. 1). Durch Kopftieflage kann sich das Kontrastmittel bis zum Hals ausbreiten. Nach Entfernen der Nadel werden Röntgenaufnahmen oder Computertomogramme angefertigt. Die Untersuchung kann 20 bis 60 Minuten in Anspruch nehmen.

Risiken und mögliche Komplikationen

Blutergüsse, stärkere Blutungen sowie **Infektionen** oder **Abszesse im Bereich der Einstichstelle** (z.B. Spritzenabszess, Absterben von Gewebe) sind selten; nur in Ausnahmefällen bedürfen sie einer operativen Versorgung.

Stärkere Kopfschmerzen, Übelkeit und Brechreiz nach der Untersuchung sind selten. Sie können eine spezielle Behandlung (z.B. mehrtägige Bettruhe oder eine Infusion) erfordern.

Bleibende Lähmungen (im äußersten Fall Querschnittlähmung) als Folge von Blutergüssen, Entzündungen oder Nervenverletzungen sind extrem selten. Das gleiche gilt für **bleibende Verschlechterungen des Hör- oder Sehvermögens, Potenzstörungen** und eine **Hirnhautentzündung (Meningitis)**.

Bei **Allergie** oder **Überempfindlichkeit** (z.B. auf das Kontrastmittel, Medikamente, Desinfektionsmittel, Latex) können vorübergehend Schwellung, Juckreiz, Niesen, Hautausschlag, Schwindel oder Erbrechen und ähnliche leichtere Reaktionen auftreten. **Schwerwiegende Komplikationen im Bereich lebenswichtiger Funktionen** (Herz, Kreislauf, Atmung, Nieren) und **bleibende Schäden** (z.B. Organversagen, Lähmungen) sind sehr selten.

Die Ärztin/der Arzt rät nur dann zur Untersuchung, wenn der zu erwartende Nutzen die möglichen Komplikationen und die geringfügige Strahleneinwirkung rechtfertigt.

Bitte unbedingt beachten! Sofern ärztlich nicht anders angeordnet!

Vor der Untersuchung:

Bringen Sie bitte frühere Röntgen-, Kernspin-, Computertomographie-Befunde der Körperregion, die behandelt werden soll, sowie folgende Blutwerte mit:

Kreatinin T₃ T₄ TSH Prothrombinzeit (Quick) aPTT kleines Blutbild

andere

Fragen Sie bitte die Ärztin / den Arzt, welche Medikamente Sie einnehmen dürfen bzw. sollen.

Bitte informieren Sie uns unverzüglich, wenn Sie **Diabetiker** sind und Tabletten mit dem Wirkstoff **Metformin** einnehmen, da es zu **Wechselwirkungen** mit dem Röntgenkontrastmittel (u.a. Gefahr des Nierenversagens) kommen kann. Der behandelnde Arzt wird dann entscheiden ob und wann diese Tabletten abgesetzt bzw. durch andere Mittel ersetzt werden müssen.

Der behandelnde Arzt entscheidet, ob und wann blutgerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar®, Aspirin®) unter Kontrolle des behandelnden Arztes abgesetzt bzw. durch ein anderes Medikament ersetzt werden müssen.

4 Stunden vor der Untersuchung nicht rauchen.

2 Stunden vor der Untersuchung möglichst nichts mehr essen, nur noch klare Flüssigkeiten (z.B. Tee, Mineralwasser) trinken.

Nach der Untersuchung:

Mit leicht erhöhtem Oberkörper im Bett liegen bleiben

Reichlich trinken (z.B. Tee, Mineralwasser, Saft), um die Ausscheidung des Kontrastmittels zu beschleunigen.

Nach einer ambulanten Untersuchung:

Werden Sie von uns nachbetreut, bevor Sie nach Hause/in die zuweisende Klinik rücktransportiert werden.

Müssen Sie über 24 Stunden stationär in folgender Klinik/auf Station:

(Vom Arzt auszufüllen)

überwacht werden.

Über Art und Dauer der Bettruhe klären wir Sie nach der Untersuchung auf. Es besteht für mindestens 24 Stunden Arbeitsunfähigkeit.

Bitte verständigen Sie sofort Ihre Ärztin/Ihren Arzt, wenn Übelkeit, Durchfall, Unwohlsein, Schwindel, Niesreiz, Hautausschlag, Schmerzen oder andere Beschwerden während oder nach der Untersuchung auftreten. Bei erheblichen Beschwerden bitte den Notarzt rufen, falls Ihre Ärztin/Ihr Arzt (siehe Klinik-/Praxisstempel) nicht erreichbar ist.

Fragebogen/Anamnese Myelographie/Myelo-CT:

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir etwaigen Risiken besser vorbeugen können. Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen bzw. ergänzen. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen.

1. Nehmen Sie **Medikamente** ein? Nein Ja
Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar[®], Aspirin[®]), Schlafmittel, Abführmittel, „Antibabypille“

oder:

2. Bestehen oder bestanden folgende **Erkrankungen** oder **Anzeichen dieser Erkrankungen**?

Kreislauf: hoher Blutdruck, Atemnot beim Treppensteigen Nein Ja

oder:

Herz: Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzfehler, Rhythmusstörungen, Herzmuskelentzündung Nein Ja

oder:

Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder eine künstliche Herzklappe? Falls Sie einen Schrittmacherausweis besitzen, bitte vorlegen. Nein Ja

Nieren: Nierensteine, Nierenentzündung, Dialyse, hohe Kreatinin-, Harnstoff- oder Harnsäurewerte Nein Ja

oder:

Stoffwechsel: Diabetes (Zuckerkrankheit), Gicht Nein Ja

oder:

Wenn Sie **Diabetiker** sind:
Werden Sie mit **metforminhaltigen Medikamenten** behandelt? Falls Sie einen Diabetikerausweis besitzen, bitte vorlegen. Nein Ja

Schilddrüse: Über- oder Unterfunktion, Kropf Nein Ja

oder:

Allergie (z.B. Heuschnupfen, Asthma) oder **Unverträglichkeit** von Nahrungsmitteln, Medikamenten, Jod, örtlichen Betäubungsmitteln, Pflaster, Latex Nein Ja

oder:

Falls Sie einen **Allergiepass** besitzen, bitte vorlegen.

3. Wurden bei Ihnen schon einmal CT- oder Röntgenuntersuchungen durchgeführt? Nein Ja

Bitte Art der Untersuchung und Jahr in dem sie stattfand, eintragen oder Ihren **Röntgenpass** vorlegen.

4. Traten bei **früheren Kontrastmitteluntersuchungen** Nebenwirkungen auf?

Nein

Ja

Wenn ja, welche?

5. Für **Frauen** im gebärfähigen Alter:

a) Könnten Sie **schwanger** sein?

Nein

Ja

b) Stillen Sie?

Nein

Ja

Ergänzungen:



Dokumentation:

Bitte die zutreffenden Kästchen ankreuzen, Textstellen unterstreichen oder an den vorgesehenen Stellen ergänzen und unterschreiben.

Aufklärungsgespräch

Den **Aufklärungsbogen** habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden **Fragen** stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet. Die Fragen zur **Krankenvorgeschichte (Anamnese)** habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Den **abgetrennten Info-Teil** bzw. ein **Zweitstück des Bogens** habe ich zum Mitnehmen und Aufbewahren erhalten. Die **Verhaltenshinweise** werde ich beachten.

Vermerke der Ärztin/des Arztes (Name) **zum Aufklärungsgespräch:**
Erörtert wurden z.B.: Wahl des Verfahrens, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Methoden, Risiken und mögliche Komplikationen, risikoe erhöhende Besonderheiten, Verhaltenshinweise vor, während und nach der Untersuchung, eventuelle Neben- und Folgeeingriffe sowie (bitte hier auch etwaige Änderungen des Info-Teils vermerken):

Vorgesehener Untersuchungstermin (Datum):

Einwilligung

Ich habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt; ich benötige keine weitere Überlegungsfrist.

Ich willige in die Untersuchung **ein** von:

(Körperregion angeben)

einschließlich Kontrastmittel. Mit eventuell erforderlichen Neben- oder Folgeeingriffen bin ich einverstanden.

Falls Sie bestimmte einzelne Maßnahmen ablehnen, bitte bezeichnen:

Nur für den Fall der Ablehnung der Untersuchung:

Ich **willige** in die Untersuchung **nicht ein**.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass sich dadurch Diagnose und Behandlung einer etwaigen Erkrankung erheblich verzögern und erschweren können.

Ort, Datum, Uhrzeit
Patientin / Patient bzw. Betreuer /
Bevollmächtigter /Sorgeberechtigter

Ort, Datum, Uhrzeit
Ärztin / Arzt