



## ASZITESPUNKTION (DIAGNOSTISCH UND/ODER THERAPEUTISCH)

(Information für Patienten, Einverständniserklärung)

Sehr geehrte Patientin

Sehr geehrter Patient

Bitte lesen Sie die vorliegenden Unterlagen sofort nach Erhalt durch. Füllen Sie die Fragebogen aus, datieren und unterschreiben Sie die Unterlagen möglichst am Vortag der Untersuchung. Bei Fragen wenden Sie sich an Ihren Arzt oder durchführenden Spezialarzt (Gastroenterologen).

Bei Ihnen soll eine Aszitespunktion durchgeführt werden. Zu dieser Untersuchung erhalten Sie beiliegend:

- ein Informationsblatt
- einen Fragebogen
- die Einverständniserklärung

### **Das Informationsblatt:**

Im Informationsblatt finden Sie Informationen über den Ablauf der Untersuchung sowie deren Ziele und Risiken. Bitte lesen Sie dieses Blatt genau durch.

Falls Sie weitere Fragen haben zur Notwendigkeit und Dringlichkeit der Untersuchung, zu Alternativen oder zu Risiken der Untersuchung, wenden Sie sich an Ihren Arzt. Die meisten dieser Fragen kann der Arzt beantworten, der Sie für die Untersuchung angemeldet hat. Spezifische Fragen über die technische Durchführung der Untersuchung oder spezifische Probleme können bei Bedarf vom durchführenden Spezialarzt (Gastroenterologen) beantwortet werden. Wenn Sie das wünschen, bitten wir Sie, sich dafür rechtzeitig bei uns oder dem zuweisenden Arzt zu melden.

### **Der Fragebogen:**

Wir bitten Sie, den beiliegenden Fragebogen zur Abklärung der Blutungsneigung vollständig auszufüllen und die Fragen nach Medikamenten, Unverträglichkeiten oder Allergien zu beantworten. Falls Sie gerinnungshemmende Medikamente zur Blutverdünnung (z.B. Sintrom, Marcoumar, Xarelto) oder regelmässig Aspirin, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel etc. einnehmen, bitten wir Sie rechtzeitig (mindestens 1 Woche vor der Untersuchung) das allfällige Absetzen der Medikamente mit Ihrem Arzt zu besprechen. Bitte

bringen Sie den Fragebogen zur Untersuchung mit. Wir bitten Sie, den Fragebogen möglichst einen Tag vor der Untersuchung zu datieren und zu unterschreiben. Falls Sie Probleme oder Unklarheiten bei der Beantwortung der Fragen haben, wenden Sie sich bitte rechtzeitig an Ihren Arzt oder an uns.

**Die Einverständniserklärung:**

Lesen Sie auch die Einverständniserklärung genau durch. Datieren und unterschreiben Sie diese ebenfalls spätestens am Vortag der Untersuchung. Das Informationsblatt ist zum Verbleib bei Ihnen bestimmt.

Der Fragebogen und die Einverständniserklärung werden bei uns in der Krankenakte aufbewahrt.

# **Informationsblatt zur diagnostischen oder therapeutischen Aszitespunktion**

## **Weshalb erfolgt eine Aszitespunktion?**

Bei Ihnen befindet sich Flüssigkeit (Aszites) in der Bauchhöhle. Um die Ursache dafür zu eruieren (diagnostisch) oder um die Flüssigkeit in grossen Mengen zu entleeren (therapeutisch), soll die Flüssigkeitsansammlung punktiert werden. Die gewonnene Flüssigkeit wird auf ihre Bestandteile und auf das Vorhandensein von Bakterien untersucht.

## **Welche Vorbereitungen sind für eine Aszitespunktion nötig?**

Ausser der Bestimmung der Blutgerinnungsparameter sind keine speziellen Vorbereitungen vor einer Aszitespunktion notwendig.

## **Fahrtüchtigkeit/Arbeitsfähigkeit?**

Für die Untersuchung werden Ihnen allfällig Schlaf- und/oder Schmerzmedikamente verabreicht. Die Fahrtüchtigkeit ist nach Erhalt dieser Medikamente nicht gegeben. Kommen Sie nicht mit dem eigenen Fahrzeug. Sorgen Sie für eine persönliche Begleitung. Nach Verabreichung dieser Medikamente besteht für 12 Stunden auch keine Unterschriftsfähigkeit. Das bedeutet, dass Sie während dieser Zeit keine Verträge abschliessen sollten.

## **Wie läuft die Aszitespunktion ab?**

Für den Eingriff wird in der Regel vorgängig eine Infusion am Arm angelegt. Mit Hilfe des Ultraschalls wird die geeignete Stelle für die Aszitespunktion festgelegt. Nach Desinfektion und örtlicher Betäubung (Lokalanästhesie) der Haut und der Muskulatur wird eine Nadel durch die Bauchhaut in den Aszites eingeführt, bis die Flüssigkeit angesaugt werden kann. Der Stich dauert nur wenige Sekunden. Im Falle einer therapeutischen Punktion, wird eine Kanüle in der Flüssigkeitsansammlung liegen gelassen, über die der Aszites während der nächsten Stunden ablaufen kann. Nachdem die Nadel, bzw. die Kanüle wieder gezogen wurde, wird ein Pflaster auf die Punktionsstelle geklebt und die Intervention damit beendet.

## **Welche Risiken sind mit der Aszitespunktion verbunden?**

Die Untersuchung selbst ist risikoarm. Es kann jedoch trotz grösster Sorgfalt in seltenen Fällen zu Komplikationen kommen, die in Ausnahmefällen im Verlauf auch lebensbedrohlich sein können. Zu erwähnen sind: lokale Haut- bzw. Muskelhämatome (<5%) oder Blutungen in den Aszites (< 0.5%), lokale Hautinfektionen (< 0.5%), Verletzungen innerer Organe (< 0.2%). Diese Komplikationen können einen Spitalaufenthalt und sehr selten einen operativen Eingriff notwendig machen (0,2‰). Nach der Gabe von Schlafmedikamenten kann es in seltenen Fällen zu Beeinträchtigungen der Atem- und Herzfunktion kommen.

### **Wie verhalte ich mich nach der Untersuchung?**

Nach Beendigung des Eingriffes dürfen Sie wieder nach Hause oder auf die Abteilung gehen. Ist eine grosse Menge Flüssigkeit entleert worden (> 2 Liter), wird Ihnen als Eiweiss-/Flüssigkeitsersatz eine Albumin- Infusion verabreicht. Sollte Ihnen schwindlig werden oder sollten sich Kreislaufprobleme einstellen, setzen Sie sich hin und trinken etwas. Wenn die Beschwerden nicht besser werden, wenden Sie sich an ihren Arzt, oder begeben Sie sich auf eine Notfallstation.

### **Fragen zur Untersuchung?**

Falls Sie weitere Fragen zur geplanten Untersuchung haben, wenden Sie sich bitte an Ihren Hausarzt. Bei weiterhin bestehenden Unklarheiten wenden Sie sich an den Spezialarzt (Gastroenterologen), der die Untersuchung bei Ihnen durchführen wird.

## Fragebogen

Fragen zur Abklärung der Blutungsneigung:

	Ja	Nein
Haben Sie starkes <b>Nasenbluten</b> ohne ersichtlichen Grund?		
Haben Sie <b>Zahnfleischbluten</b> ohne ersichtlichen Grund (Zähneputzen)?		
Haben Sie „ <b>blaue Flecken</b> “ ( <b>Hämatome</b> ) oder kleine Blutungen auf der Haut ohne ersichtliche Verletzungen?		
Haben Sie den Eindruck, dass Sie <b>nach kleinen Verletzungen länger bluten</b> (z.B. beim Rasieren)?		
Bei Frauen: Haben Sie den Eindruck, dass Sie eine <b>verlängerte Menstruationsblutung</b> (>7 Tage) haben oder sehr häufig Tampons bzw. Binden wechseln müssen?		
Haben Sie längere oder schwere <b>Blutungen</b> während oder <b>nach einer Zahnbehandlung</b> gehabt?		
Haben Sie längere oder schwere <b>Blutungen während oder nach Operationen</b> gehabt (z.B. Mandeloperation, Blinddarmoperation, Geburt)?		
Haben Sie während Operationen Blutkonserven oder <b>Blutprodukte erhalten</b> ?		
Besteht in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Kinder, Grosseltern, Onkeln, Tante) eine <b>Erkrankung mit vermehrter Blutungsneigung</b> ?		

Fragen nach Medikamenten, Allergien, Begleiterkrankungen:

	Ja	Nein
Nehmen Sie <b>gerinnungshemmende Medikamente</b> zur Blutverdünnung ein (z.B. Sintrom, Marcoumar, Xarelto) oder haben Sie in den letzten 7 Tagen <b>Aspirin, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel, etc.</b> oder <b>Grippemittel, Schmerzmittel oder Rheumamittel</b> eingenommen? Wenn ja, welche?		
Haben Sie eine <b>Allergie/ Überempfindlichkeitsreaktion</b> (gegen Medikamente, Latex, örtliche Betäubungsmittel, Heftpflaster)? Wenn ja, welche?		
Leiden Sie an einem <b>Herzklappenfehler, an einer Herz- oder Lungenerkrankung</b> ? Haben Sie einen Ausweis zur <b>Endokarditis-Prophylaxe</b>		
Tragen Sie einen <b>Herzschrittmacher / Defibrillator</b> oder ein <b>Metallimplantat</b> ?		
Ist bei Ihnen eine <b>Nierenfunktionsstörung (Niereninsuffizienz)</b> bekannt?		
Sind Sie <b>Diabetiker/in</b> ?		
Bei Frauen: Sind Sie schwanger oder besteht bei Ihnen die Möglichkeit einer <b>Schwangerschaft</b> ?		
Haben Sie <b>lockere Zähne</b> , eine <b>Zahnprothese</b> oder eine <b>Zahnkrankheit</b> ?		

Ich, die/der Unterzeichnende habe den Fragebogen nach bestem Wissen ausgefüllt.

Ort, Datum

Name Patient

Unterschrift Patient

# Einverständniserklärung

## zur diagnostisch und/oder therapeutisch Aszitespunktion

Etikette
----------

**Aufklärungsprotokoll abgegeben von:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

Ich, die / der Unterzeichnende habe von dem Informationsblatt Kenntnis genommen.

Ich wurde durch die Ärztin / den Arzt über den Grund (Indikation) für die Aszitespunktion aufgeklärt. Art, Ablauf und Risiken der Aszitespunktion habe ich verstanden. Meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden.

(Zutreffendes ankreuzen)

**Ich bin mit der Durchführung der Aszitespunktion einverstanden**  
**Ich bin mit der Verabreichung von Schlaf- und / oder Schmerz-**  
**medikamenten zur Untersuchung einverstanden**

Ja	Nein
Ja	Nein

Name Patient

Name Arzt

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt

### Für Patienten, die nicht selbst ihr Einverständnis geben können:

Gesetzlicher Vertreter  
oder Bevollmächtigter

Name Arzt

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vertreters

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt