



ERCP (DARSTELLUNG DER GALLENWEGE UND DER BAUCHSPEICHELDRÜSE MIT KONTRASTMITTEL)

(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 ERCP (Darstellung der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse mit Kontrastmittel) 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 bespre-

chen. 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 ERCP

Weshalb erfolgt eine ERCP?

Bei Ihnen wird eine Erkrankung der Gallenwege und/oder der Bauchspeicheldrüse vermutet oder sie wurde bereits festgestellt. Die ERCP erlaubt derartige Erkrankungen nachzuweisen und gegebenenfalls zu behandeln.

Welche Vorbereitungen sind für eine ERCP nötig?

Bitte nehmen Sie ab Mitternacht vor der ERCP keine feste Nahrung mehr zu sich, da der obere Verdauungstrakt für die ERCP frei von Speiseresten sein muss. Das Trinken klarer, fettfreier Flüssigkeiten (keine Milch) ist bis 2 Stunden vor Untersuchungsbeginn erlaubt. Lassen Sie Ihre regulären Medikamente weg, ausser Ihr Arzt weist Sie ausdrücklich auf die Einnahme hin.

Fahrtüchtigkeit/Arbeitsfähigkeit?

Für die Untersuchung werden Ihnen 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 ERCP ab?

Zur Verabreichung von Beruhigungs- und Schlafmedikamenten wird zunächst am Arm eine Infusion angelegt. Während der Untersuchung ist neben dem Arzt auch eine speziell geschulte Pflegefachperson anwesend. Die Untersuchung verursacht in der Regel keine Schmerzen. Untersucht wird mit einem dünnen beweglichen „Schlauch“ an dessen Spitze eine Lichtquelle und eine Kamera angebracht sind. Damit kann der Arzt über den Mund, die Speiseröhre, den Magen und den Zwölffingerdarm bis zur Mündung der Gallenwege und des Bauchspeicheldrüsenganges vorspiegeln. Anschliessend wird über einen feinen Katheter ein Kontrastmittel in die Gallenwege eingespritzt und geröntgt. Falls man dabei krankhafte Veränderungen sieht, wird während der Untersuchung die Behandlung durchgeführt.

Welche ergänzenden Eingriffsmöglichkeiten bestehen während der ERCP?

Folgende Eingriffe und Behandlungen werden abhängig vom vorliegenden Befund durchgeführt: Entfernung von Gallensteinen in den Gallenwegen, Entnahme von Gewebe aus dem Gallengang, Erweiterung von Engstellen in Gallen- oder Bauchspeicheldrüsengang, Einlage eines Röhrchens zur Überbrückung von Engstellen und Ableitung von Gallen- oder Bauchspeicheldrüsensekret. Für diese Behandlungen kann eine Papillotomie, d.h. eine Spaltung des Schliessmuskels am Ende des Gallengangs bei dessen Mündung in den Dünndarm erforderlich sein. Dazu wird ein elektrisches Schneidegerät benutzt, wel-

ches durch das Endoskop eingeführt wird. In manchen Fällen kann erst während der Untersuchung entschieden werden, welche zusätzlichen Eingriffe notwendig sind. Über die möglichen Erweiterungen werden Sie vor dem Eingriff detailliert aufgeklärt. Der Arzt entscheidet während dem Eingriff über die notwendigen vorbesprochenen Erweiterungen.

Welche Risiken sind mit der ERCP verbunden?

Die Röntgenuntersuchung des Gallen- und Bauchspeicheldrüsenganges, die Papillotomie und die weiteren Behandlungsmassnahmen sind Routineverfahren mit kleinem Risiko. Trotz grösster Sorgfalt kann es dennoch zu Komplikationen kommen, die in Ausnahmefällen auch im Verlauf lebensbedrohlich sein können. Zu erwähnen sind vor allem Entzündung der Bauchspeicheldrüse (5-10%), Blutung (<5%), Infektion der Gallenwege (<5%), Verletzung der Darmwand (Perforation) (1-2%), beeinträchtigte Atemfunktion oder Herzkreislaufstörungen nach der Verabreichung von Schlafmedikamenten. In seltenen Fällen kann eine Operation oder länger dauernde Hospitalisation notwendig werden. Daneben kann es zu allergischen Reaktionen, mögliche Zahnschäden bei schon vorbestehenden defekten Zähnen sowie Verletzungen des Kehlkopfes kommen. Vorübergehend können leichte Heiserkeit, Schluckbeschwerden oder unangenehme Blähungen (durch verbleibende Luft im Magen und Dünndarm) nach der ERCP auftreten.

Wie verhalte ich mich nach der Untersuchung?

Nach örtlicher Betäubung des Rachens mit einem Spray dürfen Sie während mindestens einer Stunde nichts essen und trinken. Treten nach der ERCP Bauchschmerzen oder andere Befindlichkeitsstörungen auf (z. B. Schwindel, Übelkeit, Erbrechen) oder tritt Blut aus dem After aus (meist in Form von schwarzem, dünnflüssigem Stuhl), informieren Sie unverzüglich Ihren Arzt oder gehen sie 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.

Bei Fragen oder Problemen können Sie sich bei folgenden Ärzten melden:

Hausarzt		Tel:
Gastroenterologe		Tel:

Fragebogen

Fragen zur Abklärung der Blutungsneigung:

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

Fragen nach Medikamenten, Allergien, Begleiterkrankungen:

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

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

Ort, Datum

Name Patient

Unterschrift Patient

Einverständniserklärung

**zur ERCP
(Darstellung der Gallenwege und der
Bauchspeicheldrüse mit Kontrastmittel)**

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 ERCP aufgeklärt. Art, Ablauf und Risiken der ERCP habe ich verstanden. Meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden.

(Zutreffendes ankreuzen)

Ich bin mit der Durchführung der ERCP 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