

**Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!**

## **CT/MR-Arthro**

Sie sind von Ihrem/Ihrer behandelnden Arzt/Ärztin, zu einer CT/MR-Arthrographie überwiesen worden. Wir ersuchen Sie, zu Ihrer Information den folgenden Text durchzulesen und anschließend die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Dieser Bogen stellt eine Basisinformation dar. Sollten Sie weitere Fragen haben, so wenden Sie sich bitte an das medizinisch-technische Personal oder den untersuchenden Arzt.

### **■ Wie läuft die Untersuchung ab?**

Die Untersuchung läuft in zwei Teilen ab und dauert insgesamt ca. 30 Minuten. Im CT-Raum werden Sie auf einer speziellen Liege gelagert, die sich während der Untersuchung durch die Öffnung des CT-Gerätes bewegt. Nach Reinigung und Desinfektion der Gelenksregion wird eine Lokalanästhesie (Vereisung) vorgenommen. Danach wird das Gelenk punktiert und über diese Nadel der Gelenksraum mit Kontrastmittel gefüllt. Nach erfolgter Wundversorgung wird anschließend eine MR Untersuchung (siehe MR-Informationsblatt) durchgeführt. Besonders wichtig ist, dass Sie während der Untersuchung ruhig liegenbleiben und Bewegungen vermeiden. Sie sind während der gesamten Untersuchung unter Aufsicht von Fachpersonal.

### **■ Wozu Kontrastmittel?**

Durch das **Kontrastmittel** im Gelenksraum werden der knorpelige Pfannenrand, Kapsel- und Bandstrukturen voneinander getrennt und können somit separat beurteilbar werden.

### **■ Gibt es Komplikationen?**

Sowohl an der Einstichstelle (wie bei jeder Injektion) als auch im Gelenksraum kann es zu Schmerzen, einem Bluterguss und sehr selten einer Infektion kommen. Als bekannte Reaktion auf **Kontrastmittel** kann Wärmegefühl während der Injektion auftreten. Nach intraartikulärer Verabreichung des **Kontrastmittels** können auch Unverträglichkeitsreaktionen auftreten: Sehr selten kann es zu einem leichten Absinken des Blutdrucks und dadurch zu geringen Beschwerden, sowie Auftreten von Übelkeit oder Schmerzen kommen. Sehr selten sind schwere Nebenwirkungen wie Atemnot, plötzlicher Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen oder Krämpfe.

Wissenschaftliche Untersuchungen<sup>1</sup> zeigen, dass ca. 97 % der Patienten Kontrastmittel gut vertragen. Die Häufigkeit von schweren Nebenwirkungen wird mit 0,04 % angegeben. Wie bei fast jedem medizinisch notwendigen, diagnostischen Eingriff ist eine lebensbedrohliche Komplikation möglich, jedoch äußerst unwahrscheinlich.

Das Risiko der Untersuchung ist daher im Vergleich zum erzielten Nutzen sehr gering. Sollten dennoch Nebenwirkungen auftreten, steht ärztliche Hilfe sofort zur Verfügung. Um bei Ihnen ein möglicherweise bestehendes erhöhtes Risiko für Kontrastmittel-Reaktionen besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, die angeführten Fragen durch Ankreuzen zu beantworten.

<sup>1</sup> KATAYAMA-Studie, Bericht über die Sicherheit von Kontrastmitteln an Hand von 300.000 Fällen (Radiology 1990, 175, S. 621 – 628)

**1. Haben Sie eine der folgenden Untersuchungen schon einmal gehabt?**

- Nierenröntgen (iv Urographie)  Ja  Nein
- Computertomographie (CT)  Ja  Nein
- Gefäßröntgen (Angiographie/Phlebographie)  Ja  Nein

**2. Traten nach Kontrastmittelverabreichung Nebenwirkungen auf?**

Ja  Nein

**Wenn ja, welche?**

- Übelkeit / Erbrechen / Würgegefühl  Ja  Nein
- Asthmaanfall / Atemnot  Ja  Nein
- Hautausschlag / Schüttelfrost  Ja  Nein
- Krampfanfälle, Bewusstlosigkeit  Ja  Nein

**3. Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?**

- Asthma / Allergien (Medikamente, Jod, . . .)  Ja  Nein
- des Herzens  Ja  Nein
- der Niere / Nebenniere?  Ja  Nein
- der Schilddrüse?  Ja  Nein
- M. Kahler (multiples Myelom)?  Ja  Nein

**4. Sind Sie schwanger oder stillen Sie?**

Ja  Nein

Ihre derzeitigen Beschwerden sind:

---

⊗

⊗

**Größe**

**Gewicht**

Achtung: **Wenn Sie ein Beruhigungsmittel erhalten, sollten Sie in den nächsten 24 Stunden weder ein Kraftfahrzeug steuern noch an gefährlichen Maschinen arbeiten.**

Ich bestätige, dass ich den Text gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen CT/MRT-Untersuchung zu.

Ich bin mit elektronischer Befund- und Bildarchivierung, medizinischer (auch retrospektiver) Datenabfrage und Weitergabe der Daten an andere behandelnde Ärzte einverstanden.

⊗

**Name und Geburtsdatum des Patienten**

**Datum**

⊗

**Unterschrift der/des Patientin/en  
bzw. des gesetzlichen Vertreters**

**Name und Unterschrift des/der Arztes/IMTD**