

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. Viele Menschen empfinden während der Anwendung ein Wärmegefühl und einen bittereren Geschmack im Mund. Wissenschaftliche Untersuchungen¹ zeigen, dass mehr als 99% der Patientinnen und Patienten das verwendete Kontrastmittel gut vertragen. Selten (etwa 1 in 400) kommt es zu einem leichten Absinken des Blutdrucks und dadurch zu geringen Beschwerden wie Übelkeit oder Schmerzen. Sehr selten (etwa 1 in 10.000) sind schwere Nebenwirkungen wie Atemnot, Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen oder Krämpfe. Wie bei fast jedem medizinischen Eingriff ist eine lebensbedrohliche Komplikation möglich, jedoch äußerst unwahrscheinlich. Sollten bei Ihnen Nebenwirkungen auftreten, steht sofortige ärztliche Hilfe jederzeit zur Verfügung. Selten kann es zum Austritt von Kontrastmittel an der Injektionsstelle in den Arm kommen. Dies führt zu einer schmerzhaften Schwellung, die manchmal auch über Tage anhalten und eine Behandlung notwendig machen kann. Falls Sie während der Untersuchung Schmerzen oder eine Schwellung des Armes verspüren, verständigen Sie bitte sofort – noch während der Untersuchung – das medizinisch-technische Fachpersonal, das die Untersuchung durchführt.

¹ MANSOURI-Studie, Bericht über die Sicherheit von CT Untersuchungen an Hand von 800.000 Fällen (European Radiology 2015, 175, S. 621 – 628)

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.

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

- Nierenröntgen (iv Urographie) Ja Nein
- Computertomographie (CT) Ja Nein
- Darstellung der Beinvenen (Phlebographie) Ja Nein
- Gefäßröntgen (Angiographie/Herzkatheter) 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?

- Allergien, die einer Behandlung bedürfen? Ja Nein
- des Herzens? Ja Nein
- der Niere / Nebenniere? Ja Nein
- der Schilddrüse? Ja Nein
- Zuckerkrankheit (Diabetes)? Ja Nein
- Wenn ja welchen _____
- Myasthenia gravis? (spezielle Muskelerkrankung) Ja Nein

4. Sind sie schwanger, stillen Sie oder besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

Ja Nein

5. Ihre derzeitigen Beschwerden sind:

⊗

Größe

⊗

Gewicht

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen 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/RT