

Aufklärung für Patientinnen und Patienten zur ERCP "

(Darstellung der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse mit Kontrastmittel)

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient

Bitte lesen Sie die vorliegenden Unterlagen sofort nach Erteil durch. Füllen Sie den Fragenbogen aus, datieren und unterschreiben sie die Unterlagen möglichst am Vortag der Untersuchung. Bei Fragen wenden Sie sich an Ihren Hausarzt oder dem durchführenden Gastroenterologen.

Bei Ihnen soll eine **ERCP (Darstellung der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse mit Kontrastmittel)** durchgeführt werden.

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 in der Regel 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.

Ablauf der ERCP

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 Galle- 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, welches 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.

Medizinischer Fragenbogen

Wir bitten Sie, den beiliegenden Fragenbogen zur Abklärung der Blutungsneigung vollständig auszufüllen und die Fragen nach Medikamenten, Unverträglichkeiten oder Allergien zur beantworten. Falls Sie Gerinnungshemmende Medikamente zur Blutverdünnung (z.B. Sintrom, Eliquis, Pradaxa, Brilique, Marcoumar, Xarelto) oder regelmässig Aspirin, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel etc. einnehmen, bitten wir Sie rechtzeitig (mind. 1 Woche vor der Untersuchung) das allfällige Absetzen der Medikamente mit Ihrem Arzt zu besprechen. Füllen Sie den untenstehenden Fragenbogen und die Einverständniserklärung vollständig aus und bringen Sie dieses Dokument datiert und unterschrieben zur Untersuchung mit. Falls Sie Probleme oder Unklarheiten bei der Beantwortung der Fragen haben, wenden Sie sich bitte rechtzeitig an Ihren Arzt oder an uns.

	Ja	Nein
1. Haben Sie in den letzten 7 Tagen Medikamente eingenommen, welche die Blutgerinnung beeinflussen können (siehe oben)? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie schwere Allergien/Unverträglichkeiten gegen Medikamente, Latex, Örtliche Betäubung, Heftpflaster? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Leiden Sie an einem Herzklappenfehler, an einer Herz- oder Lungenkrankheit? Haben Sie einen Ausweis zur Endokarditis-Prophylaxe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tragen Sie einen Herzschrittmacher, Defibrillator oder Metallimplantat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Leiden Sie an Diabetes mellitus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ist bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Haben Sie lockere Zähne, eine Zahnprothese oder eine Zahnkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Haben Sie den Eindruck, dass Sie nach kleinen Verletzungen länger als andere bluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Besteht in Ihrer familie eine Erkrankung mit vermehrter Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ist bei Ihnen ein erhöhter Augendruck bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Bei Frauen sind Sie Schwanger oder besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einverständniserklärung

Ich, die/der Unterzeichnende habe von der Aufklärung Kenntnis genommen.

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

Ich bin mit der Durchführung der Magenspiegelung inkl. einer allfälliger Probeentnahme einverstanden

Ich bin mit der Durchführung der Darmspiegelung inkl. einer allfälliger Polypentfernung einverstanden.

Ich bin mit der Verabreichung von Schlaf-und/oder Schmerzmittel zur Untersuchung einverstanden

Ja	Nein
Ja	Nein
Ja	Nein

Name Patient

Name Arzt

Datum

Datum

Unterschrift Patient *

Unterschrift Arzt

* oder des gesetzlichen Vertreters