

Aufklärung zur endoskopisch platzierten, drahtlosen pH Messung der Speiseröhre (Bravo-Kapsel)

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 **endoskopisch platzierte, drahtlose pH Messung der Speiseröhre über 48 Stunden (Bravo-Kapsel)** durchgeführt werden.

Weshalb erfolgt eine pH Messung der Speiseröhre?

Mit dieser Untersuchung kann eine kontinuierliche Säuremessung (pH-Messung) über 48 Stunden im Bereich des Überganges von der Speiseröhre in den Magen vorgenommen werden. Die drahtlose pH-Messung ist besonders geeignet für Patienten, die eine Sonde über die Nase in die Speiseröhre nicht tolerieren können. Mit der Bestimmung der Säureexposition in der Speiseröhre kann eine definitive Aussage über das Vorliegen einer Refluxkrankheit (Rückfluss von Magensäure) gemacht werden, auch wenn diese in der Magenspiegelung nicht gesehen wurde.

Welche Vorbereitungen sind für die pH Messung nötig?

Bitte nehmen Sie ab Mitternacht vor der Untersuchung keine feste Nahrung mehr zu sich. Das Trinken klarer, fettfreier Flüssigkeiten (keine Milch) ist bis 2 Stunden vor Eintritt erlaubt. Ihre regulären Medikamente dürfen Sie einnehmen. Die geeignete Kleidung für die Untersuchung ist ein Hemd, bzw. eine Bluse.

Wichtig: Damit die Säuremessung aussagekräftig ist, müssen Medikamente, die die Magensäure unterdrücken eventuell abgesetzt werden:

- **Eine Woche vor der Untersuchung: Agypton, Antra, Lansoprazol, Nexium, Omeprazol, Pariet, Pantozol oder gleichwertige Generika**
- **48 Stunden vor der Untersuchung: Cimetidin, Ranitidin, Ulcidin, Zantic oder gleichwertige Generika**

Der zuweisende Arzt entscheidet über das Absetzen und wird Sie informieren.

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.

Wie läuft die endoskopisch platzierte, drahtlose pH Messung über 48 Stunden ab?

Zur Verabreichung von Schlaf- und Beruhigungsmedikamenten wird zunächst am Arm eine Infusion gelegt. Auf Ihren Wunsch kann darauf auch verzichtet werden und lediglich eine örtliche Betäubung des Rachens mit einem Spray durchgeführt werden. Die Bravo-Kapsel wird mit Hilfe eines dünnen beweglichen „Schlauches“ (Endoskop) an dessen Spitze eine Lichtquelle und eine Kamera angebracht sind, im unteren Speiseröhrenbereich platziert. Ausser einem leichten Fremdkörpergefühl in der Speiseröhre spüren Sie die Kapsel nicht. Während der folgenden 48 Stunden dürfen Sie normal essen und trinken. Die Daten werden drahtlos auf einen portablen Empfänger übertragen und gespeichert. Die Untersuchung verursacht keine Schmerzen. Während der Untersuchung ist neben dem Arzt auch eine speziell geschulte Pflegefachperson anwesend. Nach Einlage der Bravo-Kapsel und Installation des Empfängers, was etwa zwei Stunden in Anspruch nimmt, verlassen Sie das Spital/die Praxis und kommen nach 48 Stunden zur Abgabe des Empfängers wieder zurück. Die Bravo-Kapsel selbst fällt innert 7-14 Tagen spontan ab und wird auf natürlichem Weg ausgeschieden.

Welche Risiken sind mit der endoskopisch platzierten, drahtlosen pH Messung über 48 Stunden verbunden?

Die Komplikationen einer Magenspiegelung zur Einlage der Bravo-Kapsel sind extrem selten (0,2‰). Es kann aber trotz grösster Sorgfalt zu Komplikationen kommen, die in Ausnahmefällen auch lebensbedrohlich sein können. Zu erwähnen sind allergische Reaktion, mögliche Zahnschäden bei vorbestehend defekten Zähnen, Infektion, Blutung, Verletzung der Wand des oberen Verdauungstraktes (Perforation) und Verletzung des Kehlkopfes. Nach Gabe von Schlafmedikamenten kann es in seltenen Fällen zu Beeinträchtigung der Atem- und Herzfunktion kommen. Vorübergehend können leichte Heiserkeit, Schluckbeschwerden oder unangenehme Blähungen (durch verbleibende Luft im Magen und Dünndarm) nach der Magenspiegelung 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 Magenspiegelung **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 Fraenbogen zur Abklärung der Blutungsneigung vollständig auszufüllen und die Fragen nach Medikamenten, Unverträglichkeiten oder Allergien zur beantworten. Falls Sie Gerinnungshemmende Medikaemtnre 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 alffällige 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 endoskopisch plazierte, drahtlose pH Messung der Speiseröhre über 48 Stunden (Bravo–Kapsel) aufgeklärt. Art, Ablauf und Risiken der endoskopisch platzierten, drahtlosen pH Messung der Speiseröhre über 48 Stunden (Bravo–Kapsel) habe ich verstanden.
Meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden.

Ich bin mit der Durchführung der endoskopisch platzierten, drahtlosen pH der Speiseröhre über 48 Stunden (Bravo– Kapsel) einverstanden

Ja	Nein
Ja	Nein

Messung

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

Name Patient	Name Arzt
Datum	Datum
Unterschrift Patient *	Unterschrift Arzt

* oder des gesetzlichen Vertreters