

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bei Ihnen wird eine Intervention in Form einer Punktion vorgenommen. Abhängig von Ihren Beschwerden kann es sich hierbei um eine der folgenden Untersuchungen handeln:

- Facetten- oder periradikuläre Infiltration an der Wirbelsäule
- Therapeutische oder arthrographische Infiltration in einem Gelenk
- Diagnostische Gewebeentnahme in einem Organ

An dieser Stelle möchten wir Sie über den Ablauf der Untersuchung und eventuelle Risiken aufklären.

Ablauf

- Die Vorbereitung und Desinfektion der betroffenen Körperregion findet im Untersuchungsraum statt.
- Unter sterilen Bedingungen wird Ihnen ein lokales Betäubungsmittel verabreicht.
- Daraufhin führt der Radiologe unter Zuhilfenahme des Durchleuchtungsgerätes, des Computer-tomographen oder des Ultraschallgerätes die Punktion durch.
- Möglicherweise muss ein Kontrastmittel eingesetzt werden, um die Aussagekraft der Untersuchungsergebnisse massgeblich zu verbessern.

Diese Handlungen sind nur in sehr geringem Masse schmerzhaft.

Verhalten nach der Untersuchung

Nach der Untersuchung können Sie Ihre üblichen Aktivitäten wieder aufnehmen. Vermeiden Sie aber grundsätzlich in den ersten 24 Stunden schwere Belastungen des betroffenen Körperteils.

Bei Wirbelsäulenpunktionen gilt dies für **jegliche** Aktivitäten.

Falls Sie am Tag nach der Untersuchung etwas Ungewöhnliches feststellen, kontaktieren Sie uns bitte umgehend.

Risiken

- In seltenen Fällen kann es zu Einblutungen respektive Blutergüssen entlang des Stichkanals kommen. Ausserdem besteht das Risiko einer lokalen Infektion.
- Ebenfalls können allergische Reaktionen auf verwendete Produkte auftreten, welche aber auch sehr selten beobachtet werden.
- Nach einer Wirbelsäulenpunktion:
 - kann es in seltenen Fällen zu Missempfindungen (z.B. leichte Gefühlsstörungen, Kribbeln etc.) sowie Lähmungserscheinungen (z.B. Einknicken beim Laufen) kommen. Diese verschwinden in der Regel innert 6 – 8 Stunden.
Für diese Zeitdauer darf weder ein Fahrzeug gelenkt, noch eine gefährliche Maschine bedient werden.
 - Sie müssen auch über das außergewöhnliche Risiko eines neurologischen Unfalls aufgrund von Durchblutungsstörungen informiert werden.

Um diesen Risiken und allfälligen weiteren Kontraindikationen vorzubeugen, bitten wir Sie um Beantwortung die Sicherheitsfragebogen.

Für weitere Informationen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Name : _____	Geburtsdatum : <input style="width: 100px;" type="text" value=" / /"/>
Vorname: _____	Gewicht : <input style="width: 100px;" type="text"/> kg
	Grösse : <input style="width: 100px;" type="text"/> cm

	JA	NEIN
Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an bekannten Allergien gegen Kontrastmittel? Wenn ja, gegen welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an sonstigen Allergien oder Asthma? Wenn ja, an welchen: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Nierenerkrankung oder Niereninsuffizienz ? Wenn ja, an welcher: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Diabetes? Wenn ja, welches Medikament nehmen Sie ein (z.B. Metformin)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einem Magengeschwür?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie schon mal am betreffenden Körperteil operiert? Wenn ja, wann ? <input style="width: 50px;" type="text" value=" / /"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für therapeutische Punktionen : Wurde bei Ihnen bereits eine Infiltration mit Kortison vorgenommen ? Wenn ja, wann ? <input style="width: 50px;" type="text" value=" / /"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Frauen: Sind Sie schwanger oder könnten Sie schwanger sein? Stillen Sie?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Anmerkungen/weitere Informationen? _____		
<p>Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Information der Untersuchung gelesen habe und diesen Fragebogen verstanden und richtig beantwortet habe, und erkläre mich mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden. Des Weiteren erkläre ich mich damit einverstanden, dass Affidea bei Bedarf frühere Berichte oder Untersuchungsergebnisse anfordern kann, um sich ein besseres Bild von meinem Fall machen zu können.</p>		
Unterschrift des Patienten: _____	Datum : <input style="width: 100px;" type="text" value=" / /"/>	