

Ileo-Koloskopie „Dickdarmspiegelung“

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

oder Etikette

Falls bereits festgelegt: Untersuchungsdatum / / , um: Uhr

Informations- und Einwilligungsf formular für ambulante/stationäre Patienten/-Innen:

- Lesen Sie beide Seiten dieses Formulare durch und füllen Sie die Rückseite aus
- Klären Sie eventuelle Fragen mit Ihrem Hausarzt oder Abteilungsarzt
- Das unterschriebene Formular spätestens vor der Untersuchung abgeben

Was ist eine Ileo-Koloskopie („Darmspiegelung“)?

Mit einer kleinen Kamera, die in einem schlauchförmigen Instrument eingebaut ist, können der Dickdarm und die untersten Zentimeter des Dünndarmes betrachtet werden. Ziel der Untersuchung ist die Feststellung und gegebenenfalls Behandlung von Krankheiten in diesem Bereich.

Wie läuft die Untersuchung ab?

Die Untersuchung dauert ca. 30 Minuten. In Absprache mit Ihnen wird ein Medikament zur Schmerzstillung bzw. ein Beruhigungsmittel in die Vene gespritzt. Der Arzt führt das flexible schlauchförmige Instrument vorsichtig durch den After in den Mastdarm ein. Das Instrument wird weiter in den Dickdarm bis zur Mündung des Dünndarmes vorgeschoben. Zur Entfaltung der Darmwand wird etwas Luft eingeblasen, darum könnten Sie ein leichtes Druckgefühl im Bauch spüren. Bei Bedarf kann der Arzt eine schmerzlose Entnahme von Gewebeproben vornehmen.

Welche Risiken sind mit einer Darmspiegelung verbunden?

Die Risiken sind gering, da der Arzt jederzeit auf dem Bildschirm sieht, wo sich das Gerät im Darm befindet. Selten findet eine vorübergehende Senkung des Blutdruckes oder des Sauerstoffgehalts im Blut statt. Sehr selten kann es zu einer Blutung oder zu einer Wandverletzung kommen, diese können gelegentlich eine Operation zur Folge haben. Sehr selten kommen allergische- oder Überempfindlichkeitsreaktionen vor.

Anweisungen VOR der Untersuchung

Für die Untersuchung muss der Dickdarm sauber sein. Dies erreichen Sie mit Hilfe einer speziellen Trinklösung, die zur Ausscheidung aller Stuhlreste einen vorübergehenden Durchfall erzeugt. Zum detailliertem Ablauf der Darmvorbereitung wird auf das entsprechende Merkblatt verwiesen, das Sie als Beilage bekommen haben. Für die stationäre Darmvorbereitung im Spital werden Sie durch das Pflegepersonal informiert.

Klären Sie mit Ihrem behandelnden Arzt/Ärztin, ob Sie am Tag der Untersuchung sehr wichtige Medikamente einnehmen sollen. Ihre Wirkung könnte durch die beschleunigte Passage durch den Darm vermindert werden.

Anweisungen NACH der Untersuchung

Der Arzt wird Sie über den Befund informieren. Falls Sie während der Untersuchung Beruhigungsmittel erhalten haben, dürfen Sie nach der Entlassung am Untersuchungstag kein Fahrzeug führen und keine gefährlichen Arbeiten vornehmen.

Gelegentlich können am Untersuchungstag leichtgradige Blähungen und Bauchkrämpfe auftreten. Diese sind nur vorübergehend und nicht gefährlich. Im Fall von starken Bauchschmerzen, Atemnot, Übelkeit, Schwindel oder Abgang von blutigem oder schwarzem Stuhl, müssen Sie sich unverzüglich in ärztliche Behandlung begeben.

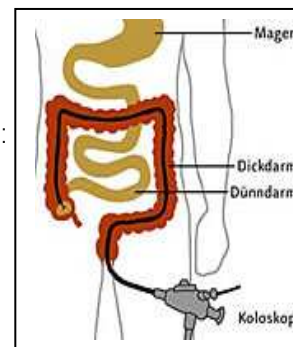
Die sorgfältige Beantwortung der folgenden Fragen durch den Patient/-In hilft mit, das Komplikationsrisiko möglichst gering zu halten. **Bitte ankreuzen (Nein oder Ja) und gegebenenfalls ergänzen:**

	Nein	Ja	Genaue- res
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente zur <u>Blutverdünnung</u> ein ? (z.B. Aspirin, Plavix, Marcoumar, Sintrom)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Haben Sie in der letzten Woche Aspirin, Alcacyl, Tiatral oder andere <u>Schmerz-, Rheuma- oder Grippemedikamente</u> eingenommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Haben Sie oder Ihre Angehörige eine <u>Blutgerinnungsstörung oder eine vermehrte Blutungsneigung</u> ? (z.B. nach Verletzungen, Zahnextraktion usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Haben Sie <u>Allergien oder Überempfindlichkeiten</u> ? - gegenüber Nahrungsmitteln (z.B. Soja) - gegenüber Medikamenten (z.B. Antibiotika, Betäubungsmittel) - andere (z.B. Latex, Pflaster)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Besteht eine <u>Herz-, Lungen- oder Kreislauferkrankung</u> ? (z.B. Herzklappenfehler, Herzrhythmusstörungen, Herzinfarkt, Asthma usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Haben Sie einen <u>Endokarditis-Ausweis</u> bzw. müssen Sie bei zahnärztlichen Eingriffen Antibiotika einnehmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sind Sie <u>Diabetiker/-In</u> ? Nehmen Sie Insulinspritzen oder Tabletten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Für Frauen im gebärfähigen Alter: Sind Sie <u>schwanger</u> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wurde bei Ihnen eine <u>Gelenkprothese, ein Herzschrittmacher oder ein anderes künstliches Implantat</u> eingelegt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Bitte ausfüllen: **Körpergewicht** : kg, **Grösse** : cm

Während der Darmspiegelung ist bei Ihnen folgender **zusätzliche Eingriff** vorgesehen:

- Mastdarmspiegelung mit dem starren Instrument
- Behandlung von vergrösserten inneren Hämorrhoiden (Ligatur, Verödung)
- Abtragung von Polypen
- Ultraschalluntersuchung des Mastdarms (ähnliches Instrument)
-



Besondere Fragen oder Wünsche Ihrerseits :

.....

Einverständniserklärung

Ich habe als Patient/In das Merkblatt gelesen und verstanden. **Zusätzliche Fragen** konnte ich adäquat mit meinem Hausarzt/In, mit dem Abteilungsarzt oder mit dem Untersucher besprechen.

Ich bin mit der Durchführung der Darmspiegelung, inklusive Entnahme von Gewebeproben und den eventuell oben angekreuzten zusätzlichen Eingriffen einverstanden

Ort/ Datum:

Unterschrift Patient/ -In:
(oder gesetzlicher Vertreter/ -In)

Ort/ Datum:

Unterschrift Arzt/ -In: