

„Spiegelung der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse“ ERCP = Endoskopische retrograde Cholangio- Pankreatographie

Falls bereits festgelegt: Untersuchungsdatum /...../..... , um: Uhr

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

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

Was ist eine ERCP?

Mit dieser Untersuchung können Krankheiten der Gallenwege, der Bauchspeicheldrüse und deren Mündung in den Zwölffingerdarm abgeklärt und behandelt werden.

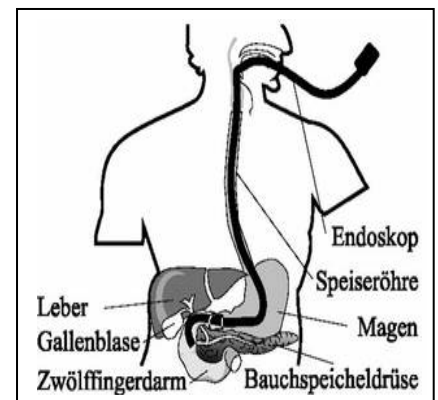
Wie läuft die Untersuchung ab?

Die Untersuchung dauert im Normalfall ca. 45 Minuten. Nach intravenöse Injektion von Medikamenten zur Beruhigung bzw. Schmerzstillung wird der Arzt das biegsame schlauchförmige Instrument vorsichtig durch den Mund einführen. Das Instrument wird durch Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm bis zur Mündung der Gallenwege vorgeschoben. Mit einer kleinen Kamera an der Spitze des Instrumentes kann die Mündung der Gallenwege im Zwölffingerdarm betrachtet werden. Zusätzlich kann Kontrastmittel in die Gallenwege eingespritzt werden. Durch eine gleichzeitige Röntgenaufnahme der Gallenwege können Erkrankungen in diesem Bereich festgestellt und behandelt werden.

Zur Entfernung von Gallensteinen, zur Erweiterung von Engstellen oder zur Einlage eines gallenableitenden Röhrchens kann ev. eine Spaltung des Schliessmuskels an der Einmündung der Gallenwege in der Darm des Zwölffingerdarms nötig sein. Dazu wird ein elektrisches Schneidegerät benutzt.

Welche Risiken sind mit einer ERCP verbunden?

Die Risiken sind gering. Selten kann es zu einer Infektion der Gallenwege, zu einer Blutung oder zu einer Entzündung der Bauchspeicheldrüse kommen. Sehr selten kann es zu einer Verletzung der Darmwand kommen. Aufgrund dieser Komplikationen ist in ganz seltenen Fällen eine notfallmässige Operation nötig.



Anweisungen VOR der Untersuchung

Zur Untersuchung müssen Sie nüchtern sein: Während mindestens 6 Stunden dürfen Sie keine Nahrung und keine Getränke zu sich nehmen. Klären Sie mit Ihrem behandelnden Arzt/Ärztin, ob Sie am Tag der Untersuchung sehr wichtige Medikamente mit einem Schluck Wasser trotzdem einnehmen sollen. In besonderen Fällen, falls der Gallenabfluss nicht optimal ist, wird im Rahmen des Eingriffes ein Antibiotikum als Infusion verabreicht.

Anweisungen NACH der Untersuchung

Meistens werden Sie anschliessend im Abteilungszimmer überwacht. Gelegentlich können in den ersten Stunden leichtgradige Beschwerden auftreten (Blähungen, leichtgradige Bauchkrämpfe, vermehrter Windabgang). Diese sind nur vorübergehend und nicht gefährlich. Sollten dagegen starke Bauchschmerzen, Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, Schwindel oder Abgang von blutigem oder schwarzem Stuhl auftreten, melden Sie sich unverzüglich beim Pflegepersonal oder beim Abteilungsarzt. Falls Sie nach der Untersuchung entlassen werden, dürfen Sie am gleichen Tag kein Fahrzeug führen.

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	Genaueres
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"/>	
Haben Sie <u>lockere Zähne, eine Zahnprothese oder eine Zahnkrankheit</u> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Während der ERCP-Untersuchung ist bei Ihnen folgender **zusätzliche Eingriff** vorgesehen:

- Erweiterung der Mündung der Gallenwege mit einem kleinen Schnitt
- Entfernung von Gallensteinen aus den Gallenwegen
- Einlage eines Röhrchens, sog. „Stent“, in die Gallenwege zur Verbesserung des Abflusses

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 Gallenwegsspiegelung, eventuell inklusive angekreuzter zusätzlicher Eingriffe einverstanden

Ort/ Datum:

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

Ort/ Datum:

Unterschrift Arzt/ -In: