

## Proktoskopie inklusive lokale Behandlungen von Hämorrhoiden

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Bei Ihnen soll eine **Untersuchung des Enddarmes und des Anus (Proktoskopie)** durchgeführt werden. Zu dieser Untersuchung erhalten Sie beiliegend Informationen, einen Fragebogen sowie die Einverständniserklärung. Bitte lesen Sie die vorliegenden Unterlagen **sofort** nach Erhalt durch. Füllen Sie die Fragebogen aus, datieren und unterschreiben Sie die Unterlagen möglichst am Vortag der Untersuchung. Bei Fragen wenden Sie sich an Ihren Arzt oder durchführenden Spezialarzt des Spital Schiers.

### Informationen

- Sie finden Informationen über den Ablauf der Untersuchung sowie deren Ziele und Risiken. Bitte lesen Sie diese genau durch.
- Falls Sie weitere Fragen haben zur Notwendigkeit und Dringlichkeit der Untersuchung, zu Alternativen oder zu Risiken der Untersuchung, wenden Sie sich an Ihren Arzt. Die meisten dieser Fragen kann der Arzt beantworten, der Sie für die Untersuchung angemeldet hat. Spezifische Fragen über die technische Durchführung der Untersuchung oder spezifische Probleme können bei Bedarf vom durchführenden Spezialarzt beantwortet werden. Wenn Sie das wünschen, bitten wir Sie, sich dafür rechtzeitig bei uns oder dem zuweisenden Arzt zu melden.

### Fragebogen

- Wir bitten Sie, den beiliegenden Fragebogen vollständig auszufüllen. Falls Sie **gerinnungshemmende Medikamente** zur Blutverdünnung (z.B. Sintrom, Marcoumar, Xarelto) oder regelmässig **Aspirin, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel etc.** einnehmen, bitten wir Sie rechtzeitig (mindestens 1 Woche vor der Untersuchung) das allfällige Absetzen der Medikamente mit Ihrem Arzt zu besprechen. Bitte bringen Sie den Fragebogen zur Untersuchung mit. Wir bitten Sie, den Fragebogen **möglichst einen Tag vor der Untersuchung** zu datieren und zu unterschreiben. Falls Sie Probleme oder Unklarheiten bei der Beantwortung der Fragen haben, wenden Sie sich bitte rechtzeitig an Ihren Arzt oder an uns.

### Einverständniserklärung

- Lesen Sie auch die Einverständniserklärung genau durch. Datieren und unterschreiben Sie diese ebenfalls spätestens am **Vortag der Untersuchung**.
- Der Fragebogen und die Einverständniserklärung werden bei uns in der Krankenakte aufbewahrt

## Informationen

### Weshalb erfolgt eine Untersuchung des Enddarmes?

- Durch die Untersuchung des Enddarmes können Erkrankungen im Bereich des Anus, des Analkanals und des unteren Mastdarmes erkannt und zum Teil behandelt werden. Es können Gewebeproben entnommen werden oder spezifische Behandlungen, insbesondere von Hämorrhoiden vorgenommen werden.

### Welche Vorbereitungen sind für die Untersuchung des Mastdarmes nötig?

- Bei dieser Untersuchung ist in der Regel keine spezielle Vorbereitung nötig. Im Spital können allfällig vor der Untersuchung Einläufe zur Entleerung des Mastdarmes durchgeführt werden.

### Fahrtüchtigkeit/Arbeitsfähigkeit?

- Für die Untersuchung des Enddarmes werden in der Regel keine Schlaf-/ Schmerzmedikamente verabreicht. Falls dies von Ihrem Arzt aber empfohlen wird ist darauf hinzuweisen, dass die Fahrtüchtigkeit nach Erhalt dieser Medikamente nicht gegeben ist. In diesem Fall 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 Untersuchung des Enddarmes ab?

- Zur Untersuchung wird meist ein starres Proktoskop verwendet, das in den After eingeführt wird. Im Rückzug kann die, durch eine Lichtquelle beleuchtete Schleimhaut, beurteilt werden. Gelegentlich wird ein flexibles Instrument (Endoskop) für die Untersuchung verwendet, oder auf ein solches gewechselt, insbesondere dann wenn die Untersuchung auch den oberen Teil des Mastdarmes beinhalten soll. Zur Behandlung von Hämorrhoiden (erweiterte Venen im Rektal/ Analbereich) können verschiedene Verfahren angewendet werden.
- Für kleine Hämorrhoiden kann mittels einer Infrarotbehandlung das Blut in den Venen erwärmt werden bis es gerinnt und die Hämorrhoiden in der Folge verschwindet. Dabei sind in der Regel wiederholte Anwendungen nötig.

- Für mittelgroße Hämorrhoiden kann eine sogenannte Bandligatur angewendet werden. Dabei wird die Vene, die den Hämorrhoidalknoten mit Blut versorgt angesaugt und mit einem Gummiband verschlossen (Ligatur). Die ligierte Vene/Hämorrhoidale fällt nach einigen Tagen von selbst ab. Meist werden mehrere Ligaturen gesetzt und es bedarf manchmal wiederholte Sitzungen. Eine akut aufgetretene, sehr schmerzhaft Hämorrhoidale (Hämorrhoidalthrombose) muss in seltenen Fällen mit einem kleinen Schnitt eröffnet und der geronnenen Blutpfropf entnommen werden.

**Ist die Untersuchung des Enddarmes schmerzhaft?**

- Zeitweise kann die Enddarmuntersuchung schmerzhaft sein. Nach Interventionen werden Ihnen allfällig Schmerzmittel verordnet.

**Welche Risiken sind mit der Untersuchung des Enddarmes verbunden?**

- Die Untersuchung selbst und die Entnahme von Gewebeproben sind risikoarm. Es kann aber trotz grösster Sorgfalt zu Komplikationen kommen, die in Ausnahmefällen auch lebensbedrohlich sein können. Mögliche Komplikationen sind vorübergehende anale Schmerzen nach Ligaturen (8%), Blutungen (3%) und lokale Infektionen (< 1%). In Ausnahmefällen kann es zu Verengungen (Stenosen) im Analkanal kommen oder zu vorübergehenden Störungen der Kontinenz. Nach Gabe von Schlafmedikamenten kann es in seltenen Fällen zu Beeinträchtigung der Atem-/Herzfunktion kommen.

**Wie verhalte ich mich nach der Untersuchung?**

- Nach Interventionen jeder Art, sollte für die nächsten Tage auf einen weichen Stuhlgang geachtet werden. Pressen beim Stuhlgang ist zu vermeiden, da es durch den erhöhten Druck zu Verletzungen im Behandlungsgebiet kommen kann. Allfällig wird Ihnen der Arzt ein Abführmittel verordnen. Zur Behandlung von Schmerzen wird Ihnen der behandelnde Arzt ein geeignetes Schmerzmittel verordnen. Nach einer Untersuchung kann es zu leichten Blutungen (meist hellrotes Blut) beim Stuhlgang kommen. Sollten diese nicht nach einigen Tag aufhören oder es sich um auffallend viel Blut handeln, kontaktieren Sie Ihren Arzt, oder begeben Sie sich auf eine Notfallstation.

## Einverständniserklärung zur Untersuchung des Enddarmes und des Anus inklusive lokale Behandlungen von Hämorrhoiden (Proktoskopie)

Patient/in: Name, Vorname, Geb.-Datum

---

Ich, die/der Unterzeichnende habe von dem Informationsblatt Kenntnis genommen.

Ich wurde durch die Ärztin/den Arzt über den Grund (Indikation) für die Untersuchung des Enddarmes inklusive der lokalen Behandlung von Hämorrhoiden aufgeklärt. Art, Ablauf und Risiken der Untersuchung des Enddarmes inklusive der lokalen Behandlung von Hämorrhoiden habe ich verstanden. Meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden.

(Zutreffendes ankreuzen)

Ich bin mit der Durchführung der die Untersuchung des Enddarmes inklusive der lokalen Behandlung von Hämorrhoiden einverstanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin mit der Verabreichung von Schlaf- und/oder Schmerzmedikamenten zur Untersuchung einverstanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

✘ **Unterschrift Patient/Patientin:** \_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_

### Für Patienten, die nicht selbst ihr Einverständnis geben können

Name gesetzlicher Vertreter oder Bevollmächtigter \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

✘ **Unterschrift Patient/Patientin:** \_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_

**Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen und die unterschriebene Einverständniserklärung zur Untersuchung mit.**

**Danke**

Aufklärungsunterlagen empfohlen durch die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie SGGSSG, die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH sowie der Stiftung Patientenschutz SPO.

## Fragebogen für alle gastroenterologischen Untersuchungen

Patient/in: Name, Vorname, Geb.-Datum

Fragen zur Abklärung der Blutungsneigung	ja	nein
Haben Sie starkes <b>Nasenbluten</b> ohne ersichtlichen Grund?		
Haben Sie <b>Zahnfleischbluten</b> ohne ersichtlichen Grund (Zähneputzen)?		
Haben Sie „ <b>blaue Flecken</b> “ ( <b>Hämatome</b> ) oder kleine Blutungen auf der Haut ohne ersichtliche Verletzungen?		
Haben Sie den Eindruck, dass Sie <b>nach kleineren Verletzungen länger bluten</b> (z.B. beim Rasieren)?		
Bei Frauen: Haben Sie den Eindruck, dass Sie eine <b>verlängerte Menstruationsblutung</b> (>7 Tage) haben oder sehr häufig Tampons bzw. Binden wechseln müssen?		
Haben Sie längere oder schwere <b>Blutungen während oder nach einer Zahnbehandlung</b> gehabt?		
Haben Sie längere oder schwere <b>Blutungen während oder nach Operationen</b> gehabt (z.B. Mandeloperation, Blinddarmoperation, Geburt)?		
Haben Sie während Operationen Blutkonserven oder <b>Blutprodukte erhalten</b> ?		
Besteht in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Kinder, Grosseltern, Onkel, Tante) eine <b>Erkrankung mit vermehrter Blutungsneigung</b> ?		
Fragen nach Medikamenten, Allergien, Begleiterkrankungen	ja	nein
Nehmen Sie <b>gerinnungshemmende Medikamente</b> zur Blutverdünnung ein (z.B. Sintrom, Marcoumar, Xarelto) oder haben Sie in den letzten 7 Tagen <b>Aspirin, Alcabyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel, ect. oder Grippemittel, Schmerzmittel oder Rheumamittel</b> eingenommen? Wenn ja, welche? _____		
Haben Sie eine <b>Allergie/ Überempfindlichkeitsreaktion</b> (gegen Medikamente, Latex, örtliche Betäubungsmittel, Heftpflaster)? Wenn ja, welche? _____		
Leiden Sie an einem <b>Herzklappenfehler, an einer Herz- oder Lungenkrankheit</b> ? Haben Sie einen Ausweis zur Endokarditis-Prophylaxe (grün/rot)?		
Tragen Sie einen <b>Herzschrittmacher / Defibrillator oder ein Metallimplantat</b> ?		
Ist bei Ihnen eine <b>Nierenfunktionsstörung (Niereninsuffizienz)</b> bekannt?		
Sind Sie <b>Diabetiker/in</b> ?		
Bei Frauen: Sind Sie schwanger oder besteht bei Ihnen die Möglichkeit einer <b>Schwangerschaft</b> ?		
Haben Sie <b>lockere Zähne, eine Zahnprothese oder eine Zahnkrankheit</b> ?		

Ich, die/der Unterzeichnende habe den Fragebogen nach bestem Wissen ausgefüllt.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

**Unterschrift Patient/Patientin:** \_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_