

Aszitespunktion

Aufklärung zur diagnostischen oder therapeutischen Aszitespunktion

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Bei Ihnen soll eine **Aszitespunktion** 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 Arzt des Spital Schiers.

Informationen

- Sie finden Informationen über den Ablauf der Untersuchung sowie deren Ziele und Risiken. Bitte lesen Sie dieses Blatt 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 Arzt des Spital Schiers 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 zur Abklärung der Blutungsneigung vollständig auszufüllen und die Fragen nach Medikamenten, Unverträglichkeiten oder Allergien zu beantworten. 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 Aszitespunktion?

- Bei Ihnen befindet sich Flüssigkeit (Aszites) in der Bauchhöhle. Um die Ursache dafür zu eruieren (diagnostisch) oder um die Flüssigkeit in grossen Mengen zu entleeren (therapeutisch), soll die Flüssigkeitsansammlung punktiert werden. Die gewonnene Flüssigkeit wird auf ihre Bestandteile und auf das Vorhandensein von Bakterien untersucht.

Welche Vorbereitungen sind für eine Aszitespunktion nötig?

- Ausser der Bestimmung der Blutgerinnungsparameter sind keine speziellen Vorbereitungen vor einer Aszitespunktion notwendig.

Fahrtüchtigkeit/Arbeitsfähigkeit?

- Für die Untersuchung werden Ihnen allfällig 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 Aszitespunktion ab?

- Für den Eingriff wird in der Regel vorgängig eine Infusion am Arm angelegt. Mit Hilfe des Ultraschalls wird die geeignete Stelle für die Aszitespunktion festgelegt. Nach Desinfektion und örtlicher Betäubung (Lokalanästhesie) der Haut und der Muskulatur wird eine Nadel durch die Bauchhaut in den Aszites eingeführt, bis die Flüssigkeit angesaugt werden kann. Der Stich dauert nur wenige Sekunden. Im Falle einer therapeutischen Punktion wird eine Kanüle in der Flüssigkeitsansammlung liegen gelassen, über die der Aszites während der nächsten Stunden ablaufen kann. Nachdem die Nadel bzw. die Kanüle wieder gezogen wurde, wird ein Pflaster auf die Punktionsstelle geklebt und die Intervention damit beendet.

Welche Risiken sind mit der Aszitespunktion verbunden?

- Die Untersuchung selbst ist risikoarm. Es kann jedoch trotz grösster Sorgfalt in seltenen Fällen zu Komplikationen kommen, die in Ausnahmefällen im Verlauf auch lebensbedrohlich sein können. Zu erwähnen sind: lokale Haut- bzw. Muskelhämatome (<5%) oder Blutungen in den Aszites (< 0.5%), lokale Hautinfektionen (< 0.5%), Verletzungen innerer Organe (< 0.2%). Diese Komplikationen können einen Spitalaufenthalt und sehr selten einen operativen Eingriff notwendig machen (0,2‰). Nach der Gabe von Schlafmedikamenten kann es in seltenen Fällen zu Beeinträchtigungen der Atem- und Herzfunktion kommen.

Wie verhalte ich mich nach der Untersuchung?

- Nach Beendigung des Eingriffes dürfen Sie wieder nach Hause oder auf die Abteilung gehen. Ist eine grosse Menge Flüssigkeit entleert worden (> 2 Liter), wird Ihnen als Eiweiss-/Flüssigkeitersatz eine Albumin-Infusion verabreicht. Sollte Ihnen schwindlig werden oder sollten sich Kreislaufprobleme einstellen, setzen Sie sich hin und trinken etwas. Wenn die Beschwerden nicht besser werden, wenden Sie sich an ihren Arzt oder begeben Sie sich auf eine Notfallstation.

Einverständniserklärung zur diagnostischen und therapeutischen Aszitespunktion

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

Ich, die/der Unterzeichnende habe von den Informationen Kenntnis genommen.

Ich wurde durch die Ärztin/den Arzt über den Grund (Indikation) für die Aszitespunktion aufgeklärt. Art, Ablauf und Risiken der Aszitespunktion habe ich verstanden. Meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden.

Ich bin mit der Durchführung der Aszitespunktion 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 ges. Vertreter: _____

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

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

Ort/Datum: _____

✉ **Unterschrift Patient/Patientin:** _____

Unterschrift des Arztes: _____