



## Patienteninformation und Einverständniserklärung

Pat.Etikette

### zur diagnostischen oder therapeutischen Aszitespunktion (Untersuchung / Behandlung von Flüssigkeit in der Bauchhöhle)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Bei Ihnen hat sich Aszites (= Wasser in der Bauchhöhle) gebildet. Der Aszites soll mittels einer sogenannten **Aszitespunktion** untersucht und/oder behandelt werden. Vorgängig möchten wir Sie über diesen Eingriff und die Risiken informieren. Hierfür erhalten Sie von uns folgende Beilagen:

- Informationsblatt
- Fragebogen
- Einverständniserklärung

**Bitte lesen Sie die vorliegenden Unterlagen sofort nach Erhalt durch. Füllen Sie den Fragebogen aus, datieren und unterschreiben Sie die Unterlagen spätestens am Vortag der Untersuchung. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.**

**Der Fragebogen und die Einverständniserklärung werden bei uns in der Krankenakte aufbewahrt. Daher müssen diese Unterlagen unbedingt zur Untersuchung mitgebracht werden!**

Untersuchung:

- Aszitespunktion **diagnostisch**
- Aszitespunktion **therapeutisch (mit Drainage-Einlage)**
- Aszitespunktion **therapeutisch mit PleurX-Einlage (= peritonealer Dauerkatheter)**

Informationsblatt zur

## Aszitespunktion

Pat.Etikette

### 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 grosser Menge zu entleeren (therapeutisch), soll die Flüssigkeitsansammlung punktiert werden. Die gewonnene Flüssigkeit kann so auf ihre Bestandteile und auf das Vorhandensein von Bakterien untersucht werden.

### Welche Vorbereitungen sind für eine Aszitespunktion nötig?

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

### Fahrtüchtigkeit / Arbeitsfähigkeit nach der Untersuchung?

Vor der Punktion erfolgt eine örtliche Betäubung (Lokalanästhesie) der Haut und der Muskulatur. Schlaf- und/oder Schmerzmedikamente müssen in der Regel nicht verabreicht werden. Sollte dies trotzdem nötig sein, ist darauf hinzuweisen, dass die Fahrtüchtigkeit nach Erhalt dieser Medikamente nicht gegeben ist. Sorgen Sie dann für eine persönliche Begleitung. Zudem besteht für 12 Stunden keine Unterschriftsfähigkeit was 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 (Drainage) 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.

In seltenen Situationen kann auch ein Dauerkatheter in die Bauchhöhle (PleurX) eingelegt werden. Die Einlage eines PleurX ist aufwendiger und erfolgt daher im stationären Setting. Die korrekte Indikationsstellung wird vorgängig im Rahmen einer gastroenterologischen Beurteilung und Sonographie durch den (den Katheter einlegenden) Gastroenterologen geprüft.

### Welche Risiken / Probleme sind mit der Aszitespunktion verbunden?

Die Untersuchung ist risikoarm. Es kann jedoch trotz grösster Sorgfalt in seltenen Fällen zu Komplikationen kommen. Zu erwähnen sind: lokale Haut- bzw. Muskelhämatome (Blutergüsse) (<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‰).

Die Risiken und mögliche Beschwerden einer PleurX-Einlage werden im Rahmen der Indikations-Stellung besprochen (siehe oben). Zu erwähnen sind lokale Beschwerden sowie eine erhöhte Infektionsgefahr auf Grund des verbleibenden Katheters.

### Wie verhalte ich mich nach der Untersuchung?

Nach Beendigung des Eingriffes dürfen Sie in der Regel wieder nach Hause oder auf die Abteilung gehen. Ist eine grosse Menge Flüssigkeit entleert worden (>2 Liter), wird Ihnen als Eiweiss-/Flüssigkeitsersatz 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.

### Fragen zur Untersuchung?

Falls Sie weitere Fragen zur geplanten Untersuchung haben, wenden Sie sich bitte an Ihren zuweisenden Arzt oder an den Dienstarzt der Gastroenterologie und Hepatologie (071 494 9696). Besuchen Sie bitte vorgängig unsere Internetseite: [www.gastro-kssg.ch](http://www.gastro-kssg.ch) (Rubrik Patienteninformationen) Abschliessende Fragen können Sie auch direkt vor der Untersuchung mit dem untersuchenden Arzt klären.

## Fragebogen

### Fragen zur Abklärung der Blutungsneigung

Ja      Nein

1. Haben Sie starkes <b>Nasenbluten</b> ohne ersichtlichen Grund?		
2. Haben Sie <b>Zahnfleischbluten</b> ohne ersichtlichen Grund (Zähneputzen)?		
3. Haben Sie „ <b>blaue Flecken</b> “ ( <b>Hämatome</b> ) oder kleine Blutungen auf der Haut ohne ersichtliche Verletzungen?		
4. Haben Sie den Eindruck, dass Sie <b>nach kleinen Verletzungen länger bluten</b> (z.B. beim Rasieren)?		
5. <b>Bei Frauen:</b> Haben Sie den Eindruck, dass Sie eine <b>verlängerte Menstruationsblutung</b> (>7 Tage) haben oder sehr häufig Tampons bzw. Binden wechseln müssen?		
6. Haben Sie längere oder schwere <b>Blutungen</b> während oder <b>nach einer Zahnbehandlung</b> gehabt?		
7. Haben Sie längere oder schwere <b>Blutungen während oder nach Operationen</b> gehabt (z.B. Mandeloperation, Blinddarmoperation, Geburt)?		
8. Haben Sie während Operationen <b>Blutkonserven</b> oder <b>Blutprodukte</b> erhalten?		
9. Besteht <b>in Ihrer Familie</b> (Eltern, Geschwister, Kinder, Grosseltern, Onkeln, Tanten) eine <b>Erkrankung mit vermehrter Blutungsneigung</b> ?		
<b>Bemerkungen:</b>		

### Fragen nach Medikamenten, Allergien, Begleiterkrankungen

Ja      Nein

1. Wurden bei Ihnen schon <b>Eingriffe am Magen-Darm-Trakt</b> vorgenommen?		
2. Sind Sie <b>Diabetiker/in</b> ?		
3. Tragen Sie einen <b>Herzschrittmacher / Defibrillator</b> oder ein <b>Metallimplantat</b> ?		
4. Ist bei Ihnen eine <b>Nierenfunktionsstörung (Niereninsuffizienz)</b> bekannt?		
5. Leiden Sie an einem <b>Herzklappenfehler, an einer Herz- oder Lungenkrankheit</b> ? Haben Sie einen Ausweis zur <b>Endokarditis-Prophylaxe</b> ?		
6. <b>Bei Frauen:</b> Sind Sie <b>schwanger</b> oder besteht bei Ihnen die Möglichkeit einer <b>Schwangerschaft</b> ?		
7. Haben Sie eine <b>Allergie / Überempfindlichkeitsreaktion</b> (gegen Medikamente, Soja, Latex, örtliche Betäubungsmittel, Heftpflaster)? Wenn ja, welche? _____		
8. Nehmen Sie <b>gerinnungshemmende Medikamente zur Blutverdünnung</b> ein (z.B. Sintrom, Marcoumar) oder haben Sie in den letzten 7 Tagen <b>Aspirin, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel, etc.</b> oder <b>Grippemittel, Schmerzmittel</b> oder <b>Rheumamittel</b> eingenommen? Wenn ja, welche?		
<b>Bemerkungen:</b>		

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

Ort / Datum:

Name Patient:

Unterschrift Patient:



## Einverständniserklärung zur Aszitespunktion

Pat. Etikette

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

Ich wurde durch die/den Ärztin/Arzt über den Grund (Indikation) für die Aszitespunktion aufgeklärt.  
Über Art, Ablauf und Risiken der Aszitespunktion wurde ich in verständlicher Weise aufgeklärt.

**Ich bin mit der Durchführung einer Aszitespunktion und allenfalls Einlage einer Drainage einverstanden.**

(Zutreffendes ankreuzen)

Ja	Nein
Ja	Nein

**Ich bin mit der Verabreichung von Schlaf- und/oder Schmerzmedikamenten zur Untersuchung einverstanden.**

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass **medizinische** Befunde und Angaben aus Ihrer Krankengeschichte **wissenschaftlich sowie zur Qualitätssicherung ausgewertet** werden können.

Die Auswertung der Daten erfolgt streng vertraulich und **ohne** Namensnennung. Sie dient rein wissenschaftlichen Zielen. Sind Sie mit der Verwendung Ihrer erhobenen Daten einverstanden?

Ja	Nein
----	------

Ihre Entscheidung wirkt sich in keiner Weise auf Ihre Behandlung aus!

**Name Patient:**

\_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:**

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Unterschrift Patient:**

\_\_\_\_\_

**Ort und Datum:**

\_\_\_\_\_

**Name Arzt:**

\_\_\_\_\_

**Unterschrift Arzt:**

\_\_\_\_\_

**Ort und Datum:**

\_\_\_\_\_