

## Patienteninformation und Einverständniserklärung zur ERCP

(endoskopische retrograde Cholangio-  
Pankreatikographie = Darstellung der Gallen- und  
Bauchspeicheldrüsengänge ev. mit Eingriff)

Pat.Etikette

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Bei Ihnen ist es notwendig eine **ERCP** (Darstellung der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse mit Kontrastmittel) durchzuführen. Vorgängig möchten wir Sie über den Untersuchungsablauf, die Eingriffsmöglichkeiten und die Risiken informieren. Hierfür erhalten Sie von uns folgende Beilagen:

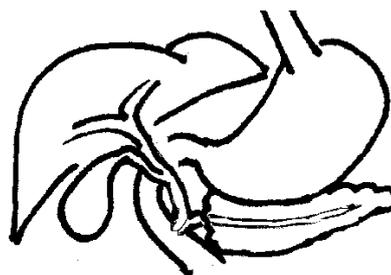
- Informationsblatt
- Fragebogen
- Einverständniserklärung

**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!**

Folgende Untersuchung ist bei Ihnen vorgesehen:

- ERCP** (endoskopische retrograde Cholangio-Pankreatikographie = Darstellung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsen-Gänge mit Kontrastmittel)
- Schnitt oder Aufdehnung der Gallenwegs-Einmündung
- Einlage eines Schlauches (Prothese) in den Gallen- und/oder Bauchspeicheldrüsen-Gang



Informationsblatt zur

Pat. Etikette

## ERCP

### Weshalb erfolgt eine ERCP?

Bei Ihnen wird eine Erkrankung der Gallenwege und/oder der Bauchspeicheldrüse vermutet oder sie wurde bereits festgestellt. Die ERCP erlaubt derartige Erkrankungen nachzuweisen und gegebenenfalls zu behandeln.

### Welche Vorbereitungen sind für die ERCP nötig?

Bitte nehmen Sie ab Mitternacht vor dem ERCP keine feste Nahrung mehr zu sich, da der obere Verdauungstrakt für die Magenspiegelung frei von Speiseresten sein muss. Das Trinken klarer, fettfreier Flüssigkeiten (keine Milch) ist bis 3 Stunden vor Untersuchungsbeginn erlaubt. Lassen Sie Ihre regulären Medikamente weg, ausser Ihr Arzt weist Sie ausdrücklich auf die Einnahme hin.

### Fahrtüchtigkeit / Arbeitsfähigkeit nach der Untersuchung?

Für die Untersuchung werden Ihnen **Schlaf-** und/oder **Schmerzmittel** verabreicht. Sie dürfen bis 24 Stunden nach der Untersuchung **kein Fahrzeug lenken** und **keine wichtigen Entscheidungen** treffen. Bei ambulanten Untersuchungen sollten Sie sich fahren lassen oder öffentliche Verkehrsmittel benutzen.

### Wie läuft die ERCP ab?

Um die Untersuchung angenehm zu gestalten, werden Ihnen in der Regel nach örtlicher Betäubung des Rachens mit einem Spray, Schlafmittel und bei Bedarf auch Schmerzmittel mittels Infusionsleitung verabreicht. Untersucht wird mit einem dünnen beweglichen „Schlauch“ (Endoskop), an dessen Spitze eine Lichtquelle und eine Kamera angebracht sind. Das Endoskop kann vom Arzt über den Mund, die Speiseröhre, den Magen und den Zwölffingerdarm bis zur Mündung der Gallenwege und des Bauchspeicheldrüsenganges vorgeschoben werden. Anschliessend wird über das Endoskop mit einem feinen Katheter Kontrastmittel in die Gallenwege eingespritzt und geröntgt. Falls man dabei krankhafte Veränderungen sieht, können während der Untersuchung Eingriffe durchgeführt werden (siehe unten).

Die Untersuchung und die zusätzlichen Eingriffe verursachen in der Regel keine Schmerzen. Während der Untersuchung ist neben dem Arzt auch eine speziell geschulte Pflegefachperson anwesend. Zu Ihrer Sicherheit werden Ihre Kreislaufwerte während der Untersuchung kontinuierlich überwacht.

### Welche ergänzenden Eingriffsmöglichkeiten während der ERCP bestehen?

Folgende Eingriffe und Behandlungen werden abhängig vom vorliegenden Befund durchgeführt: Entfernung von Gallensteinen aus den Gallenwegen, Entnahme von Gewebe aus dem Gallengang, Erweiterung von Engstellen in Gallen- oder Bauchspeicheldrüsengang, Einlage eines Röhrchens (Stent / Prothese) zur Überbrückung von Engstellen und Ableitung von Galle- oder Bauchspeicheldrüsensekret. Für diese Behandlungen kann eine Papillotomie, d.h. eine Spaltung des Schliessmuskels am Ende des Gallengangs bei dessen Mündung in den Dünndarm erforderlich sein. Dazu wird ein elektrisches Schneidegerät benutzt, welches durch das Endoskop eingesetzt wird. In manchen Fällen kann erst während der Untersuchung entschieden werden, welche zusätzlichen Eingriffe notwendig sind. Über die möglichen Erweiterungen werden Sie vor dem Eingriff detailliert aufgeklärt. Der Arzt entscheidet während dem Eingriff über die notwendigen vorbesprochenen Erweiterungen.

### Welche Risiken sind mit der ERCP verbunden?

Die Röntgenuntersuchung des Gallen- und Bauchspeicheldrüsenganges, die Papillotomie und die weiteren Behandlungsmassnahmen sind Routineverfahren mit kleinem Risiko. Trotz grösster Sorgfalt kann es dennoch zu Komplikationen kommen. Zu erwähnen sind vor allem Entzündung der Bauchspeicheldrüse (5-10%), Blutung (<5%), Infektion der Gallenwege (<5%), Verletzung der Darmwand (Perforation/ 1-2%), beeinträchtigte Atemfunktion oder Herzkreislaufstörungen nach der Gabe von Schlafmedikamenten. In seltenen Fällen kann eine Operation oder eine Hospitalisation notwendig werden. Daneben kann es zu allergischen Reaktionen, mögliche Zahnschäden bei schon vorbestehenden defekten Zähnen sowie Verletzungen des Kehlkopfes kommen. Vorübergehend können leichte Heiserkeit, Schluckbeschwerden oder unangenehme Blähungen (durch verbleibende Luft im Magen und Dünndarm) nach der ERCP auftreten.

### Wie verhalte ich mich nach der Untersuchung?

Nach örtlicher Betäubung des Rachens mit einem Spray dürfen Sie während mind. einer Stunde nichts essen und trinken.

Treten nach der ERCP **Bauchschmerzen** oder andere Befindlichkeitsstörungen auf (z.B. Schwindel, Übelkeit, Erbrechen) oder tritt Blut aus dem After aus (meist in Form von schwarzem, dünnflüssigem Stuhl), informieren Sie unverzüglich Ihren Arzt oder gehen Sie 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). Auf der Hauptseite im Internet finden Sie unter **Patienteninformation / Informationsfilme** einen erklärenden **Film über die oben genannte Untersuchung!**

Abschliessende Fragen können Sie auch direkt vor der Untersuchung mit dem untersuchenden Arzt klären.

## Fragebogen

### Fragen zur Abklärung der Blutungsneigung

Ja Nein

	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</b> während oder <b>nach Operationen</b> gehabt (z.B. Mandeloperation, Blinddarmoperation, Geburt)?		
8. Haben Sie während Operationen <b>Blutkonserven</b> oder <b>Blutprodukte</b> erhalten?		
9. Besteht in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Kinder, Grosseltern, Onkeln, Tanten) eine <b>Erkrankung mit vermehrter Blutungsneigung</b> ?		

### Fragen nach Medikamenten, Allergien, Begleiterkrankungen

Ja Nein

	Ja	Nein
1. Traten bei Ihnen bei einer <b>Narkose</b> schon einmal Probleme auf?		
2. Wurden bei Ihnen schon <b>Eingriffe am Magen-Darm-Trakt</b> vorgenommen?		
3. Sind Sie <b>Diabetiker/in</b> ?		
4. Tragen Sie einen <b>Herzschrittmacher / Defibrillator</b> oder ein <b>Metallimplantat</b> ?		
5. Ist bei Ihnen eine <b>Nierenfunktionsstörung (Niereninsuffizienz)</b> bekannt?		
6. Tragen Sie <b>Bauch-</b> oder <b>Intimpiercings</b> ? (Wenn ja, bitte entfernen!)		
7. Haben Sie <b>lockere Zähne</b> , eine <b>Zahnprothese</b> oder eine <b>Zahnkrankheit</b> ?		
8. Leiden Sie an einem <b>Herzklappenfehler</b> , an einer <b>Herz- oder Lungenkrankheit</b> ? Haben Sie einen Ausweis zur <b>Endokarditis-Prophylaxe</b> ?		
9. <b>Bei Frauen:</b> Sind Sie <b>schwanger</b> oder besteht bei Ihnen die Möglichkeit einer <b>Schwangerschaft</b> ?		
10. Leiden Sie an einer Erkrankung der <b>Atemwege</b> oder an <b>Schlafapnoe</b> ? Wenn ja, welche? _____		
11. Haben Sie eine <b>Allergie / Überempfindlichkeitsreaktion</b> (gegen Medikamente, Soja, Latex, örtliche Betäubungsmittel, Heftpflaster, etc.)? Wenn ja, welche? _____		
12. 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

### ERCP (Gallenwegs- und Bauchspeicheldrüsengangdarstellung/-eingriff)

Pat.Etikette

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

Ich wurde durch die/den Ärztin/Arzt über die Art, den Ablauf und die Risiken der Untersuchung in verständlicher Weise aufgeklärt. Meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden.

(Zutreffendes ankreuzen)

Ich bin mit der Durchführung einer ERCP inklusive eines allfälligen Eingriffs (z.B. Steinentfernung) einverstanden.

Ja

Nein

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

Ja

Nein

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

Ja

Nein

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

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:

\_\_\_\_\_