



Patientenkleber

Einwilligung zur Thorakoskopie (Spiegelung der Brusthöhle) und Pleurodese (Verklebung von Lunge und Brustwand bei wiederkehrenden Pleuraergüssen)

Die Thorakoskopie soll bei Ihnen zur Abklärung einer vermuteten Erkrankung des Brust- oder Lungenfelles durchgeführt werden. Diese Untersuchung kann in örtlicher Betäubung erfolgen und ist kaum schmerzhaft. In Seitenlage wird durch einen ca. 1 cm langen Schnitt ein fingerdickes optisches Instrument zwischen den unempfindlich gemachten Rippen eingeführt. Die Brusthöhle kann so beurteilt werden und kleine Gewebeproben können unter Sicht entnommen werden. Dieser Vorgang kann einen kurzen leichten Schmerz hervorrufen. Wasser (Pleuraerguss) in der Brusthöhle beeinträchtigt Ihr Wohlbefinden, deshalb soll eine Verklebung von Lunge und Brustfell durchgeführt werden, um das Nachlaufen des Ergusses zu verhindern. Diese Behandlung wird von uns mit Talkumpuder während der Thorakoskopie durchgeführt und hat sich bewährt. Hierbei kann ein Brustwandsschmerz auftreten, der die Behandlung mit Schmerzmitteln nötig macht. Die Drainage (Gummischlauch), die am Ende der Behandlung in die Brusthöhle eingebracht wird, muss 4 - 8 Tage verbleiben, bis die Wunde verheilt ist.

Komplikationen bei diesem kleinen Eingriff sind ausserordentlich selten, es können jedoch Blutungen, Verletzungen des Lungenfelles und Infektionen auftreten. In Ausnahmefällen können diese auch lebensbedrohlich sein. Durch die Überwachung vor und während des Eingriffs durch den Arzt und seine Assistenz können drohende Komplikationen jedoch frühzeitig erkannt werden. Notwendige Behandlungsmaßnahmen inklusive Reanimation können dann sofort eingeleitet und Folgeschäden vermieden werden.

Schmerzen können am Tag des Eingriffs auftreten, werden aber in der Regel nach 24 Stunden geringer.

Vor der Untersuchung soll mind. 6 Stunden nichts gegessen und getrunken werden. Auch nach der Untersuchung muss für ca. 2 Stunden auf Essen und Trinken verzichtet werden.

Um das Komplikationsrisiko so gering wie möglich zu halten, bitten wir Sie noch folgende Fragen zu beantworten:

	nein	ja, Welche?
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente / Blutverdünnung?		
Besteht eine vermehrte Blutungsneigung (auch bei kleinen Verletzungen)?		
Besteht eine Allergie auf bestimmte Medikamente / Lebensmittel?		

Die Untersuchung wird von erfahrenen Ärzten durchgeführt. Sie sollten Ihr Einverständnis mit dieser Untersuchung schriftlich bestätigen. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Ihren betreuenden Arzt. Haben Sie besondere Wünsche, sprechen Sie uns an.

Besondere Fragen des Patienten:

Besondere Bemerkungen:

Einwilligung Spiegelung der Brusthöhle und Pleurodese

ja

nein

Einwilligungserklärung zur Aufbewahrung und Weiterverwendung von biologischem Material und von Daten für die biomedizinische Forschung

Wir bitten Sie, uns mit dem vorliegenden Formular die Einwilligung dafür zu geben, dass die Ihnen entnommenen Proben und erfassten Daten anonymisiert in der **St. Gallen Lung Biopsy Biobank** (Kantonsspital St. Gallen) aufbewahrt und für biomedizinische Forschung weiterverwendet werden dürfen.

Weitere Information zur Weiterverwendung von Proben und Daten für die biomedizinische Forschung finden Sie in der ergänzenden Informationsbroschüre.

Ich willige hiermit ein, dass

- meine Proben/Daten aufbewahrt werden, bis ich diese Einwilligung widerrufe;
- meine Proben/Daten, ohne dass ich darüber im konkreten Fall informiert werde und ohne dass dazu meine Einwilligung nochmals eingeholt werden muss, für zurzeit unbestimmte biomedizinische Forschungsprojekte genutzt werden dürfen,
 - wenn das Forschungsprojekt – sofern das anwendbare Recht die Bewilligungspflicht vorsieht – von der zuständigen Ethikkommission des Kantons St. Gallen bewilligt wurde,
 - wenn die Proben/Daten vor der Weitergabe so anonymisiert werden, dass die Beteiligten am Forschungsprojekt nicht wissen, von wem die Proben/Daten stammen,
- meine Proben/Daten an andere Biobanken weitergegeben werden dürfen,
 - wenn gewährleistet ist, dass sie mindestens dieselben Standards für die Aufbewahrung in der Biobank einhalten, und
 - wenn die Verantwortlichen der empfangenden Biobanken sich verpflichtet haben, bei der Weitergabe für Forschungsprojekte an andere Biobanken dieselben Voraussetzungen einzuhalten.

Ich bin einverstanden, dass die vorliegende Einwilligung über meinen Tod hinaus gilt.

Ich bestätige, dass

- ich hinreichend über die Aufnahme und Weiterverwendung von Proben und Daten für die biomedizinische Forschung informiert wurde;
- ich die Möglichkeit hatte, Fragen zu stellen und allfällige Fragen zu meiner Zufriedenheit beantwortet wurden;
- ich darüber informiert wurde, dass meine Einwilligung freiwillig ist, dass mir also keine Vor- oder Nachteile entstehen, wie ich mich auch entscheide.

Einwilligung St. Gallen Lung Biopsy Biobank

ja

nein

Ich die / der Unterzeichnende bestätige hiermit, dass ich über die geplante Untersuchung verständlich aufgeklärt wurde und dass ich mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden bin. Sollte sich eine Erweiterung der oben angegebenen Massnahmen während der Untersuchung als notwendig erweisen, bin ich mit den ärztlicherseits für erforderlich gehaltenen Massnahmen einverstanden.

(Ort / Datum)

(Unterschrift) Patientin / Patient

(Unterschrift) Ärztin / Arzt

(Aufklärungsdauer)

(Blockschrift) Patientin / Patient

(Blockschrift) Ärztin / Arzt