

AUFKLÄRUNGSMERKBLATT für die intravenöse Gabe von RÖNTGENKONTRASTMITTELN:

Jodhaltige, nichtionische, nierengängige Kontrastmittel¹

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Sie sind für eine Untersuchung vorgesehen, bei der die Verabreichung eines **Kontrastmittels** geplant ist bzw. im Rahmen der Untersuchung notwendig werden kann. Dabei wird Ihnen die Kontrastmittelflüssigkeit in die Vene verabreicht, um anatomische Körperstrukturen und eventuell vorhandene krankhafte Veränderungen darstellen zu können. Durch das **Kontrastmittel** wird die Aussagekraft der Untersuchung wesentlich verbessert.

An der Einstichstelle kann es - wie bei jeder Injektion - zu Schmerzen, einem Bluterguß und sehr selten zu einer Infektion kommen. Als bekannte Reaktion auf **Kontrastmittel** kann Wärmegefühl während der Injektion oder auch ein bitterer Geschmack im Mund auftreten. Nach Verabreichung des **Kontrastmittels** können auch Unverträglichkeitsreaktionen auftreten: Selten kommt es zu einem leichten Absinken des Blutdrucks und dadurch zu geringen Beschwerden, sowie Auftreten von Übelkeit oder Schmerzen. Sehr selten sind schwere Nebenwirkungen wie Atemnot, plötzlicher Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen oder Krämpfe.

Selten kann es während der Kontrastmittelinfusion in die Vene zum Kontrastmittelaustritt an der Injektionsstelle in den Arm kommen. Dies führt zu einer schmerzhaften Schwellung, die manchmal auch über Tage anhalten und eine Behandlung notwendig machen kann. Falls sie während der Kontrastmittelinfusion Schmerzen und einer Schwellung des Armes verspüren, verständigen Sie bitte sofort, während der Untersuchung, Ihren Arzt.

Wissenschaftliche Untersuchungen² zeigen, daß ca. 97% der Patienten die Kontrastmittel-Verabreichung gut vertragen. Die Häufigkeit von schweren Nebenwirkungen wird mit 0,04% angegeben. Wie bei fast jedem medizinisch notwendigen diagnostischen Eingriff ist eine lebensbedrohliche Komplikation möglich, jedoch äußerst unwahrscheinlich.

Das Risiko der Untersuchung ist daher sehr gering im Vergleich zum erzielten Nutzen. Sollten dennoch Nebenwirkungen auftreten, steht ärztliche Hilfe sofort zur Verfügung.

Um bei **Ihnen** ein möglicherweise bestehendes erhöhtes Risiko für Kontrastmittel-Reaktionen besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, die angeführten Fragen durch Ankreuzen zu beantworten.

1. Wurde bei Ihnen eine der folgenden Untersuchungen schon einmal durchgeführt?

- | | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| ▪ Nierenröntgen (i.v.P.) | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| ▪ Computertomographie (CT) | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| ▪ Venendarstellung der Beine (Phlebographie) | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| ▪ Gefäßröntgen (Angiographie/Cardiographie) | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |

¹ Diese Angaben beziehen sich auf die 1998 in Österreich zugelassenen nichtionischen nierengängigen Kontrastmittel.

² KATAYAMA-Studie, Bericht über die Sicherheit von Kontrastmitteln an Hand von 300.000 Fällen (Radiology 1990, 175, S. 621 – 628)

2. Haben Sie nach Kontrastmittelverabreichungen Nebenwirkungen festgestellt?

Nein Ja

Wenn ja, welche?

- Übelkeit / Erbrechen / Atemnot / Würgegefühl Nein Ja
- Asthmaanfall Nein Ja
- Hautausschlag Nein Ja
- Krampfanfälle, Bewußtlosigkeit Nein Ja
- Schüttelfrost Nein Ja

3. Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt ...

- Asthma ? Nein Ja
- Allergien, die einer Behandlung bedürfen ? Nein Ja
- der Niere / Nebenniere? Nein Ja
- der Schilddrüse? Nein Ja
- Zuckerkrankheit? Nein Ja
 - Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie ?
.....
- M. Kahler (multiples Myelom)? Nein Ja

Durch meine Unterschrift bestätige ich, daß ich den Text dieses Formulars gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung zu. In einem persönlichen Gespräch sind meine weiteren Fragen ausreichend beantwortet worden.



Unterschrift der/des Patientin/en
bzw. des gesetzlichen Vertreters

Name und Unterschrift des/der Arztes/in

Datum / Uhrzeit

Name und Unterschrift der/des MTD



Wir bitten Sie, dieses Formular vor der Untersuchung der/dem Assistentin/en zu übergeben.

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:
.....
.....
.....

Name des/der Patienten/in:

Der Patient stimmt der Untersuchung zu Ja / Nein

Im Fall der Ablehnung der Untersuchung wurde der/die Patient/in über die sich ergebenden möglichen Nachteile informiert.

Das Merkblatt ist auch im Internet abrufbar unter www.gerot.at und www.oerg.at

Dieses Aufklärungsmerkblatt wurde von folgender Arbeitsgruppe erstellt:
Prim. Dr. W. Küster - Prim. Univ.Prof. Dr. G. Mostbeck - S. Möritz-Kaisergruber, B.S., M.I.M., - Univ.Prof. Mag.iur. Dr. H.Ofner (Institut für Rechtsvergleichung) - Mag.iur. Dr.med. A. Resch-Holeczke - Univ. Prof. Dr. W. Schima

Die ÖRG befürwortet diese Initiative zur verbesserten Patientenaufklärung.