



Aufklärungsbogen für Angiographie / PTA

Name: _____ geb.: _____
Vorname: _____ Größe _____
Gewicht _____

Standort

St. Elisabeth-KH Volkmarsen
Warburger Str. 6, 05693266

Marienkrankehaus Kassel,
Marburger Str. 85,
056180730

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Dieses Merkblatt soll Sie über die vorgesehene Untersuchung oder Behandlung der Gefäße informieren und die Risiken des Eingriffs aufklären. Zur Gefäßuntersuchung gibt es evtl. alternative Methoden (MRT- oder CT-Angiographie) und zur Behandlung evtl. die Operation.

Untersuchungsablauf

Nach einer örtlichen Betäubung wird eine Schlagader (bei ambulanten Untersuchungen meist am Arm und bei Behandlungen meist in der Leiste) punktiert und durch eine Hohlnadel ein feiner Führungsdraht in das Blutgefäß (Arterie) eingeführt. Über einen dünnen Plastikschauch (Katheter) wird anschließend Kontrastmittel eingespritzt, wobei Sie ein Wärmegefühl empfinden können. Die dabei angefertigten Röntgenbilder zeigen die Blutgefäße.

Bei einer Behandlung (PTA) werden Gefäßengungen oder Verschlüsse mit einem Ballonkatheter erweitert und evtl. eine Gefäßstütze (Stent) implantiert um die Durchblutung zu verbessern. Da bei der Behandlung ein höheres Komplikationsrisiko besteht, ist in den meisten Fällen eine stationäre Überwachung für 1 bis 2 Tage erforderlich.

Anschließend wird der Katheter herausgezogen und die Einstichstelle zur Blutstillung abgedrückt. Danach legen wir einen Druckverband an.

Nach der Untersuchung

Die Nachbehandlung ist abhängig vom Punktionsort und der durchgeführten Maßnahme.

Nach der Punktion einer **Armarterie** ist keine Bettruhe erforderlich. Da ein geringes Nachblutungsrisiko besteht, wird ein Druckverband angelegt, den Sie am nächsten Morgen selbst entfernen können, bis dahin sollen Sie den Arm schonen. Zusätzlich ist eine Überwachung für etwa 2-4 Stunden erforderlich.

Nach der Punktion einer **Leistenarterie** ist, abhängig vom Durchmesser der verwendeten Katheter, eine Bettruhe von 4-24 Stunden erforderlich. In dieser Zeit dürfen Sie nicht aufstehen und sollten das Bein nicht in der Hüfte beugen. Der Druckverband kann am nächsten Morgen entfernt werden. Wenn die Untersuchung ambulant durchgeführt wird und Sie anschließend nach Hause gebracht werden, muss eine Begleitperson vorhanden sein, die Sie bis zum nächsten Tag betreut. Während der nächsten 48 Stunden sollten Sie zur Vermeidung einer Nachblutung anstrengende körperliche

che Tätigkeiten vermeiden. Sollte stärkere Beschwerden auftreten, melden Sie sich bitte in unserer Praxis, in dringenden Fällen im Krankenhaus (s.o.) und bei einem akuten Notfall rufen Sie den Notarzt (112).

Das Kontrastmittel wird normalerweise vollständig über die Nieren ausgeschieden. Wegen einer möglichen Verschlechterung der Nierenfunktion durch das injizierte Kontrastmittel sollten Sie, wenn keine anderen ärztlichen Anweisungen vorliegen, nach der Untersuchung etwa 1-2 Liter Flüssigkeit trinken.

Risiken der Untersuchung

Da bei dieser Untersuchung eine Schlagader punktiert wird, besteht ein Risiko, dass Komplikationen auftreten können. Meist handelt es sich dabei um kleinere Nachblutungen an der Einstichstelle. Selten sind Gefäßverletzungen oder Gefäßverschlüsse durch den Katheter bzw. durch Embolien, die zu einer Verschlechterung der Durchblutung der Extremität oder Schädigungen anderer Organe führen könnten und evtl. eine Operation erforderlich wird. Mögliche Schäden sind z.B. Infektion, Schlaganfall, Lähmung, Nierenversagen, Organ- bzw. Extremitätenverlust und Tod.

Sehr selten treten Überempfindlichkeitsreaktionen auf das Kontrastmittel oder andere Medikamente (z.B. Betäubungsmittel) auf, die sich als Juckreiz, Hautausschlag, Übelkeit oder ähnliche leichtere Reaktionen äußern. Schwerwiegende Reaktionen (z.B. Atemstörungen oder Herz- Kreislaufstörungen) sind sehr selten (1:500000).

Um die Risiken der Untersuchung zu minimieren, bitten wir Sie folgende Blutwerte (nicht älter als 3 Monate) zur Untersuchung mitzubringen (*S-Kreatinin, Quick, PTT und evtl. TSH basal*).

Handschriftliche Ergänzungen:

Angaben zu bestehenden Risiken

- Sind bei Ihnen Allergien bekannt? **Ja** **Nein**
- Traten bei früheren Untersuchungen mit Kontrastmittel
Reaktionen auf (z.B. Hautausschlag, Atemnot, Kreislaufversagen)? **Ja** **Nein**
- Wurden Gefäßoperationen oder Dilatationen durchgeführt? **Ja** **Nein**
- Wurden die Gefäße früher schon einmal untersucht **Ja** **Nein**
- Besteht eine Schwangerschaft (nur für Frauen im gebärfähigen Alter)? **Ja** **Nein**
- Nehmen Sie Medikamente zur Gerinnungshemmung ein? **Ja** **Nein**
- Marcumar**: muss etwa 1 Woche vorher abgesetzt werden, Quickwert > 60% bzw. INR < 1,5
- Pradaxa** (Dabigatran), **Xarelto** (Rivaroxaban), **Eliquis** (Apixaban): 1 Tag vorher absetzen
- Clopidogrel**, Prasugrel, Cilostazol: nach Möglichkeit 4 Tage vor der Untersuchung absetzen
- ASS**: kann weiter eingenommen werden
(Absetzen dieser Medikamente nur nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt)

Liegt bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten vor:

- Überfunktion der Schilddrüse (Hyperthyreose) **Ja** **Nein**
- Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV, ...) **Ja** **Nein**
- Erhöhte Blutungsneigung (z.B. durch Medikamente oder Gerinnungsstörung) **Ja** **Nein**
- Bluthochdruck **Ja** **Nein**
- Herzerkrankung **Ja** **Nein**
- Nierenerkrankung (insb. Erhöhung Kreatininwert) **Ja** **Nein**
- Zuckerkrankheit **Ja** **Nein**

Datenschutzerklärung

Ich willige ein, dass die Radiologische Praxis am Kulturbahnhof in Kassel zum Zwecke meiner Weiterbehandlung die erstellten Untersuchungsbefunde an die weiterbehandelnden Ärzte weiterleiten darf. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. **Ja** **Nein**

Einwilligungserklärung

Über Notwendigkeit, Art, Zweck und Hergang des Eingriffes wurde ich in einem Gespräch in einer mir verständlichen Form informiert. Mir ist bekannt, dass unter Umständen das Ziel der Behandlung nicht erreicht oder sogar Komplikationen auftreten können. Alle mir bekannten Leiden, besonderen Reaktionsweisen (Allergien) und Medikamenteneinnahmen habe ich genannt. Ich bin damit einverstanden, dass die zur Behandlung erforderlichen Daten und Befunde, gemäß den gesetzlich vorgeschriebenen Fristen, elektronisch gespeichert werden.

Ich habe keine weiteren Fragen und gebe hiermit meine Einwilligung zu dem Eingriff.

Ort / Datum

Unterschrift Patient/-in bzw. Betreuer

Arzt

Checkliste für die Untersuchung

- Überweisung und Versichertenkarte **Ja**
- Vorbefunde und Voraufnahmen **Ja**
- Laborwerte (Kreatinin, TSH, Quick, PTT) nicht älter als 3 Monate **Ja**
- Aufklärungsbogen vollständig ausgefüllt und unterschrieben **Ja**
- Vor dem Eingriff normal Essen und Trinken, danach selbst kein Fahrzeug führen. **Ja**
- Medikamente
- Metformin: am Untersuchungstag und 2 Tage danach absetzen, falls Kreatinin-Wert erhöht (eGFR < 30ml/min). **Ja**
- Gerinnungshemmer abgesetzt (siehe oben) **Ja**