

Kantonsspital Baselland

Medizinische Universitätsklinik

Medizin Diagnostik, Gastroenterologie und Hepatologie (PD Dr. med. Emanuel Burri)

Informationsblatt Kontrastmittel-Ultraschall

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient

Bitte lesen Sie die vorliegenden Unterlagen sofort nach Erhalt durch. Füllen Sie den Fragebogen aus, datieren und unterschreiben Sie die Unterlagen möglichst am Vortag der Untersuchung. Bei Fragen wenden Sie sich an Ihren Arzt oder durchführenden Spezialarzt (Gastroenterologen).

Bei Ihnen soll eine **Kontrastmittel-Sonographie** durchgeführt werden. Zu dieser Untersuchung erhalten Sie beiliegend:

- **Informationsblatt**
- **Fragebogen**
- **Einverständniserklärung**

Das Informationsblatt

Im Informationsblatt finden Sie Informationen über den Ablauf der Untersuchung sowie deren Ziele und Risiken. Bitte lesen Sie dieses Blatt genau durch.

Falls Sie weitere Fragen haben zur Notwendigkeit und Dringlichkeit der Untersuchung, zu Alternativen oder zur Risiken der Untersuchung, wenden Sie sich an Ihren Arzt. Die meisten dieser Fragen kann der Arzt beantworten, der Sie für die Untersuchung angemeldet hat. Spezifische Fragen über die technische Durchführung der Untersuchung oder spezifische Probleme können bei Bedarf vom durchführenden Spezialarzt (Gastroenterologen) beantwortet werden. Wenn Sie das wünschen, bitten wir Sie, sich dafür rechtzeitig bei uns oder dem zuweisenden Arzt zu melden.

Der Fragebogen

Wir bitten Sie, den beiliegenden Fragebogen mit Fragen nach Medikamenten, Unverträglichkeiten oder Allergien zu beantworten. Wir bitten Sie den Fragebogen möglichst einen Tag vor der Untersuchung zu datieren und zu unterschreiben. Falls Sie Probleme oder Unklarheiten bei der Beantwortung der Fragen haben, wenden Sie sich bitte rechtzeitig an Ihren Arzt oder an uns.

Die Einverständniserklärung

Lesen Sie auch die Einverständniserklärung genau durch. Datieren und unterschreiben Sie diese ebenfalls spätestens am Vortag der Untersuchung.

Bitte bringen Sie diese Unterlagen zu Ihrem Termin mit, sie werden bei uns in der Krankenakte aufbewahrt.



Liestal: Rheinstr. 26, 4410 Liestal
Bruderholz: 4101 Bruderholz
Laufen: Lochbruggstr. 39, 4242 Laufen
Homepage: www.ksbl.ch/kliniken/medizin/gastroenterologie

Tel.: +41 61 925 2360
Tel.: +41 61 436 2298
Tel.: +41 61 400 8493

Mail: gastroenterologie.liestal@ksbl.ch
Mail: gastroenterologie.bruderholz@ksbl.ch
Mail: gastroenterologie.laufen@ksbl.ch

Weshalb erfolgt ein Kontrastmittel-Ultraschall?

Ultraschallkontrastmittel kann dazu verwendet werden unklare Befunde, z.B. Raumforderungen in der Leber oder anderen Bauchorganen, näher zu beurteilen. Neben dem herkömmlichen Ultraschall kann durch Einsatz von Kontrastmittel die Gewebsdurchblutung dargestellt werden. Dadurch können Raumforderungen nicht nur besser sichtbar gemacht, sondern in den meisten Fällen auch eingestuft (gutartig, bösartig, etc.) werden. Im Gegensatz zu anderen radiologischen Verfahren kommt es beim Kontrastmittel-Ultraschall zu keinerlei Strahlenbelastung.

Welche Vorbereitungen sind für einen Kontrastmittel-Ultraschall nötig?

Generell sind keine speziellen Vorbereitungen nötig. Wir bitten Sie jedoch 8 Stunden vor der Untersuchung nüchtern (Nahrungs- und Flüssigkeitskarenz) zu bleiben. Bis 2 Stunden vor der Untersuchung ist es erlaubt zu trinken. Durch die Nüchtern-Phase kann die Untersuchungsqualität gesteigert werden, da sich nach Nahrungsaufnahme vermehrt Luft im Bauch findet, welche die Beurteilung mancher Bauchorgane beeinträchtigt.

Woraus besteht das Ultraschallkontrastmittel - SonoVue®

Ultraschallkontrastmittel bestehen aus einer Lösung mit mikroskopisch kleinen gasgefüllten Mikrobläschen. Das bei uns verwendete Kontrastmittel SonoVue® enthält Mikrobläschen von durchschnittlich 2.5 µm (2.5 tausendstel Millimeter) und ist somit etwa so gross wie die roten Blutkörperchen. Im Falle von SonoVue® enthalten die Mikrobläschen Schwefelhexafluorid (SF₆), ein ungiftiges und sehr stabiles Gas, welches auch für andere medizinische Zwecke, z.B. in der Augenchirurgie, verwendet wird. Zur Stabilisierung des Gases sind die SonoVue®- Mikrobläschen von einer dünnen, flexiblen Hülle aus Phospholipiden umgeben. Die Mikrobläschen werden nach Injektion in die Armvene mit dem Blutstrom transportiert und nach wenigen Minuten praktisch vollständig über die Lunge abgeatmet.

Wie läuft eine Kontrastmittel-Ultraschall ab?

Prinzipiell gleicht der Ablauf eines Kontrastmittel-Ultraschalls dem, eines «normalen» Ultraschalls. Zusätzlich wird Ihnen jedoch ein Kontrastmittel während der Untersuchung in eine Vene (in der Regel am linken Arm) gespritzt. Dazu wird Ihnen vor der Untersuchung eine Venenverweilkanüle in eine Vene gelegt (meist in der Ellenbeuge). Sollte bei Ihnen bereits aus anderen Gründen eine solche Kanüle vorhanden sein, kann diese in der Regel verwendet werden und es muss keine neue Kanüle gelegt werden.

Bei der Untersuchung wird wie bei einem normalen Ultraschall vom Bauch der Schallkopf des Ultraschallgerätes auf die Haut aufgesetzt. Damit die Schallwellen besser übertragen werden können, wird der Schallkopf mit einem speziellen Ultraschall-Gel bestrichen. Die zu untersuchenden Organe und Gewebe werden dabei auf einem Monitor sichtbar gemacht und während der Untersuchung vom Arzt beurteilt.

Zur Darstellung der Blutversorgung wird Ihnen im Verlauf der Untersuchung etwas (wenige Milliliter) Kontrastmittel (SonoVue®) über die Venenverweilkanüle in die Vene gespritzt. Da die Kontrastmittel-Menge nur sehr gering ist, wird die Kanüle gleich nach der Verabreichung des Kontrastmittels mit etwas Kochsalzlösung aus einer zweiten Spritze gespült.

Das Kontrastmittel führt zu einer vorübergehenden Anhebung des Signals aus dem Blut, wodurch Blutgefässe und die Blutversorgung der Gewebe sichtbar gemacht werden. Diese Kontrastmittel-Verstärkung hält jedoch nur wenige Minuten an, so dass gegebenenfalls noch eine weitere Dosis des Kontrastmittels verabreicht werden muss (z.B. um eine weitere Region zu untersuchen).

Welche Risiken sind mit einer Kontrastmittel-Sonographie verbunden?

In der Regel wird die Gabe eines Ultraschallkontrastmittels problemlos vertragen. Nebenwirkungen sind selten. Die aufgetretenen **Nebenwirkungen** nach SonoVue®-Gabe waren im Allgemeinen nicht schwerwiegend, vorübergehend und verschwanden spontan ohne zurückbleibende Schäden. Unter den berichteten Reaktionen waren Empfindungen an der Injektionsstelle (z.B. Wärmegefühl) und Kopfschmerzen am häufigsten. Ausserdem wurden über Übelkeit, Gesichtsröte und Geschmacksempfindungen berichtet. In seltenen Fällen kann es nach Gabe von Kontrastmitteln zu **Überempfindlichkeitsreaktionen** kommen mit Hautrötung, Verlangsamung des Herzschlages und/oder Blutdruckabfall, die sich in sehr seltenen Fällen zum lebensbedrohlichen anaphylaktischen Schock entwickeln können. Falls Sie in der Vergangenheit bereits eine solche Überempfindlichkeitsreaktion erlebt haben (z.B. nach Röntgenkontrastmitteln, Antibiotika oder Insektenstichen), teilen Sie uns dies bitte mit. Informieren Sie uns bitte auch, falls Sie an einer Herzerkrankung leiden, da ein plötzlicher Blutdruckabfall hier zu besonderen Komplikationen führen kann.

Wie verhalte ich mich nach der Untersuchung?

Um etwaige Nebenwirkungen rasch zu erkennen, werden wir Sie für etwa 30 Minuten auf unserer Abteilung überwachen. Typischerweise treten Nebenwirkungen bereits wenige Minuten nach Verabreichung des Kontrastmittels auf. Sollten Sie nachfolgend beschwerdefrei sein, dürfen Sie wieder nach Hause oder zurück auf die Abteilung gehen.

Fragen zur Untersuchung?

Falls Sie weitere Fragen zur geplanten Untersuchung haben, wenden Sie sich bitte an Ihren Hausarzt. Bei weiterhin bestehenden Unklarheiten wenden Sie sich an den Spezialarzt (Gastroenterologen), der die Untersuchung bei Ihnen durchführen wird.

Kantonsspital Baselland

Medizinische Universitätsklinik

Medizin Diagnostik, Gastroenterologie und Hepatologie (PD Dr. med. Emanuel Burri)

Fragebogen
Kontrastmittel-Ultraschall

Fragen nach Allergien und Begleiterkrankungen

	Ja	Nein
1. Haben Sie eine Allergie/Überempfindlichkeitsreaktion (gegen Medikamente, Latex, Heftpflaster, Nahrungsmittel, etc.)? Wenn ja, welche?		
2. Hatten Sie in der Vergangenheit eine Überempfindlichkeitsreaktion nach Gabe von Arzneimitteln (z.B. Röntgenkontrastmittel, Antibiotika, Infusionslösungen, etc.)?		
3. Leiden Sie an einer Herzkrankheit (z.B. angeborene Herzfehler, koronare Herzkrankheit, Herzklappenerkrankungen, Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzversagen oder –schwäche, Herzrhythmusstörung, etc.)?		
4. Leiden Sie an Bluthochdruck oder pulmonalerteriellen Hochdruck (in den Lungengefässen)?		
5. Besteht eine schwere Erkrankung der Atemwege (z.B. akutes Atemwegsyndrom, Asthma bronchiale, COPD, chronische Bronchitis, etc.)?		
6. Bei Frauen: Sind Sie schwanger oder besteht bei Ihnen die Möglichkeit einer Schwangerschaft?		

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

Ort, Datum

Name Patient

Unterschrift Patient

Liestal: Rheinstr. 26, 4410 Liestal
Bruderholz: 4101 Bruderholz
Laufen: Lochbruggstr. 39, 4242 Laufen
Homepage: www.ksbl.ch/kliniken/medizin/gastroenterologie

Tel.: +41 61 925 2360
Tel.: +41 61 436 2298
Tel.: +41 61 400 8493

Mail: gastroenterologie.liestal@ksbl.ch
Mail: gastroenterologie.bruderholz@ksbl.ch
Mail: gastroenterologie.laufen@ksbl.ch

Kantonsspital Baselland

Medizinische Universitätsklinik

Medizin Diagnostik, Gastroenterologie und Hepatologie (PD Dr. med. Emanuel Burri)

Einverständniserklärung Kontrastmittel-Ultraschall

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

Ich wurde durch die Ärztin/den Arzt über den Grund (Indikation) des Kontrastmittel-Ultraschalls aufgeklärt. Art, Ablauf und Risiken des Kontrastmittel-Ultraschalls habe ich verstanden. Meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ich bin mit der Durchführung des Kontrastmittel-Ultraschalls einverstanden. Ja Nein

Ich bin mit der Verabreichung des Kontrastmittels (SonoVue®) zur Untersuchung einverstanden. Ja Nein

Ort, Datum	Name Patient	Ort, Datum	Name Arzt
_____	_____	_____	_____
	Unterschrift Patient		Unterschrift Arzt
	_____		_____

Für Patienten, die nicht selbst ihr Einverständnis geben können:

Ort, Datum	Gesetzlicher Vertreter oder Bevollmächtigter	Ort, Datum	Name Arzt
_____	_____	_____	_____
	Unterschrift des Vertreters		Unterschrift Arzt
	_____		_____