

**AUFKLÄRUNGSBLATT für die
KONTRASTUNTERSUCHUNG der NIEREN und
ABLEITENDEN HARNWEGE (AUSSCHIEDUNGSUROGRAMM oder IVU)**

Name: _____, geb.: _____

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Sie sind für eine Röntgenuntersuchung der Nieren und ableitenden Harnwege zugewiesen. Dafür ist eine Kontrastmittelgabe notwendig.

Warum und wie wird die Untersuchung durchgeführt?

Zunächst wird eine Röntgenaufnahme der Nieren ohne Kontrastmittel angefertigt um festzustellen, ob die Untersuchung durchgeführt werden kann und um eventuell vorhandene Steine zu erkennen. In eine Armvene wird dann ein Kontrastmittel gespritzt, das über den Blutstrom zunächst in die Nieren gelangt und danach über die Harnwege ausgeschieden wird. Um diese beurteilen zu können, werden mehrere Röntgenaufnahmen in Abständen von etwa 5 bis 10 Minuten angefertigt. Im Gegensatz zu üblichen Röntgenuntersuchungen kann bei der vom behandelnden Arzt vorgesehenen Ausscheidungsurographie nicht nur das Aussehen der untersuchten Organe, sondern auch die Funktion (Ausscheidung) überprüft werden. Dies unterscheidet die Untersuchung auch von anderen Untersuchungsmethoden, wie z.B. Ultraschall. Die Untersuchung dauert üblicherweise etwa 30 Minuten, kann aber in seltenen Fällen auch mehrere Stunden dauern. Je nach Befund können auch zusätzliche Aufnahmen oder Spezialaufnahmen (Schichtaufnahmen, im Stehen oder in Bauchlage oder nach dem Urinieren) notwendig werden, eventuell auch sogenannte Spätaufnahmen, die bis zu 24 Stunden später angefertigt werden.

Gibt es Komplikationen?

An der Einstichstelle kann es zu einem Bluterguß und sehr selten zu einer Infektion kommen. Nach Verabreichung des **Kontrastmittels** können unter Umständen Unverträglichkeitsreaktionen auftreten, die entweder durch das in der Substanz enthaltene Trägermaterial oder Jod ausgelöst werden. Eine normale Reaktion **Kontrastmittel** kann Wärmegefühl während der Injektion oder auch ein bitterer Geschmack im Mund sein. Selten kommt es zu einem leichten Absinken des Blutdrucks und dadurch zu geringen Beschwerden. Auftreten von Übelkeit oder Schmerz. In sehr seltenen Fällen wurden schwere Nebenwirkungen wie Atemnot, plötzlicher Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen oder Krämpfe beobachtet.

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 eine Schwellung des Armes verspüren, verständigen Sie bitte sofort, während der Untersuchung, Ihren Arzt.

Wissenschaftliche Untersuchungen* zeigen, dass ca. 97% der Patienten keine Nebenwirkungen nach Kontrastmittel-Verabreichung haben. 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.

Wir können sie gleichzeitig beruhigen, daß schwere Komplikationen sehr selten auftreten und damit das Risiko der Untersuchung sehr klein ist im Vergleich zum erzielten Nutzen. Sollten Nebenwirkungen auftreten, steht ärztliche Hilfe sofort zur Verfügung.

Um möglicherweise ein bei **Ihnen** bestehendes höheres Risiko von Kontrastmittel-Reaktionen besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, die auf der Rückseite angeführte Fragen durch Ankreuzen zu beantworten.

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

Datum: _____

Diagnosezentrum Brigittenau

Name: _____, geb.: _____

- | 1. Haben Sie eine der folgenden Untersuchungen schon einmal gehabt ? | | | Anmerkung |
|--|-------------------------------|-----------------------------|-----------|
| ■ Nierenröntgen (IVU) | 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 (Aniographie / Cardangiographie) | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| 2. Haben Sie nach Kontrastmittelverabreichungen Unverträglichkeitserscheinungen festgestellt?
Wenn ja, welche? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| ■ Übelkeit / Erbrechen / Atemnot / Würgegefühl | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| ■ Asthmaanfall | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| ■ Hautausschlag | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| ■ Krampfanfälle, Bewußtlosigkeit | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| ■ Schüttelfrost | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| ■ Schmerzen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| 3. Sind bei Ihnen Erkrankungen bekannt... | | | |
| ■ Asthma ? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| ■ der Niere / Nebenniere ? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| ■ der Schilddrüse ? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| ■ Zuckerkrankheit | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| ■ Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie? | | | |
| ■ M. Kahler (multiples Myelom) ? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| 4. Könnten Sie schwanger sein ? / Stillen Sie ? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Für Frauen ab dem 40. Lebensjahr | | | |
| 5. Möchten Sie, dass Sie das DZB für das Brustkrebsfrüherkennungsprogramm anmeldet,
sodass Sie in den nächsten Tagen bei uns eine kostenlose Mammographie durchführen können? | <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | nein |

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 Ärztin / Arzt

Datum / Uhrzeit

Name und Unterschrift der/des MTD

Wir bitten Sie, dieses Formular vor der Untersuchung dem/der Assistenten/in zu übergeben

Ärztliche Anmerkung zum Aufklärungsgespräch:

.....
Der Patient _____, geb.: _____ stimmt der Untersuchung zu: Ja / Nein
Im Fall der Ablehnung der Untersuchung wurde der/die Patient/in über die sich ergebenden möglichen Nachteile informiert.

Dieses Aufklärungsmerkblatt ist auch im Internet abrufbar 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. Dr. H. Ofner M.iur., - Mag.iur. Dr.med. A. Resch-Holeczke - Univ. Prof. Dr. W. Schima
Die ÖRG befürwortet diese Initiative zur verbesserten Patientenaufklärung.

Datum: _____