



Patientenkleber

Patienteninformation und Einverständniserklärung

Kontrastmitteluntersuchung der Leber und anderer Bauchorgane

Sie haben zusammen mit Ihrem betreuenden Arzt beschlossen eine **Kontrastmitteluntersuchung eines Bauchorganes** (z.B. der Leber, Bauchspeicheldrüse oder Milz) durchführen zu lassen. Wir möchten Sie vorrangig über den Untersuchungsablauf und die Risiken informieren. Lesen Sie bitte diese Patientenaufklärung genau durch und merken Sie sich die Punkte, welche Sie mit uns vor der Untersuchung besprechen möchten.

Grund für die Untersuchung:

- Bei Ihnen ist eine Ultraschalluntersuchung mit Gabe von Kontrastmittel zur besseren Darstellung und genaueren Beurteilung einer Gewebsveränderung vorgesehen.
- **Untersuchungsablauf:** Nach einer regulären Ultraschalluntersuchung werden Ihnen wenige Milliliter Kontrastmittel (1-5ml, Präparat: SonoVue®) in die Armvene injiziert. Organe wie die Leber können damit besser beurteilt werden (Organdurchblutung, Vorhandensein und Art von Knoten, Durchblutung von Blutgefässen, Blutungen, Blutgerinnsel). Das Kontrastmittel wird über die Lunge abgeatmet ohne Einfluss auf Schilddrüse und Niere.
- Ihre Sicherheit liegt uns sehr am Herzen, weshalb wir Ihnen empfehlen vorsichtshalber bis ca. 30 Min. nach Kontrastmittelgabe auf unserer Abteilung oder unter anderer medizinischer Aufsicht zu bleiben.
- **Mögliche Nebenwirkungen des Kontrastmittels:** Bei der vorgesehenen Untersuchung können selten Komplikationen auftreten: Reaktionen an der Injektionsstelle, Übelkeit, Kopfschmerzen, verschwommenes Sehen, Blutdruckveränderungen, Übelkeit, Brustschmerz, Halsschmerzen, Bauchschmerzen, erhöhter Blutzucker, Juckreiz, Rückenschmerzen. Selten (bei ca. 1 von 1'000 Patienten) können zudem **schwere Überempfindlichkeitsreaktionen** mit Blutdruckabfall, Atemnot, ausgeprägter Hautrötung, Schock oder Kreislaufstillstand auftreten. In einer solchen Situation wird eine Notfallbehandlung notwendig (Gabe von Medikamenten gegen eine allergische Reaktion, längere Überwachung und allenfalls Hospitalisation, Wiederbelebung und Aufnahme auf die Intensivstation).

Das Kontrastmittel SonoVue® darf **nicht** bei Patienten mit **bekannter Überempfindlichkeit oder Allergie gegen Schwefelhexafluorid, Macrogol, Polyethylenglykol (PEG) oder einen der sonstigen Bestandteile** von SonoVue (Palmitinsäure, Distearoylphosphatidylcholin, Dipalmitoylphosphatidylglycerol-Natrium) **angewendet werden**.

Das Kontrastmittel SonoVue® darf auch nicht bei Patienten mit **allergischen Reaktionen gegen COVID-Impfungen oder anderen mRNA Impfstoffen** angewendet werden.

SonoVue® darf zudem **nicht** bei Patienten mit bekannten **Rechts-Links Shunts, schwerer pulmonaler Hypertonie (pulmonal-arterieller Druck >90 mm Hg), unkontrollierter systemischer Hypertonie** oder bei Patienten mit **Atemnotsyndrom des Erwachsenen (ARDS)** angewendet werden.

Dateiname	Verfasst von	Veröffentlicht am	Geltungsbereich	Version
Kontrastmittel-Sonographie Einverständniserklärung.docx	Semela David HOCH- GASTRO	27.01.2025	SV übergreifend	1.0

SonoVue® sollte bei Patienten mit Anzeichen einer **kardiovaskulären Instabilität nicht zusammen mit Dobutamin** verwendet werden, da Dobutamin bei solchen Patienten kontraindiziert ist.

Die Sicherheit und Wirksamkeit von SonoVue® **bei schwangeren und stillenden Frauen** wurde **nicht** belegt. Deshalb sollte SonoVue® nicht während der Schwangerschaft und Stillzeit angewendet werden.

- **Was passiert, wenn ich die Untersuchung nicht machen möchte?** Je nach Ihrer Situation kann alternativ eine Untersuchung mittels CT, MRT jeweils mit anderen Kontrastmitteln oder eine Gewebeprobe (Biopsie) erwogen werden.
- Sie sollten folgende wichtige **Fragen beantworten** (bitte ankreuzen **ja/nein**):

Sind sie allergisch auf Medikamente oder Substanzen wie Macrogol und Polyethylenglykol (PEG)? Falls ja, welche? → _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie schon auf eine Untersuchung mit Kontrastmittel allergisch reagiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie auf Impfungen (z.B. COVID) allergisch reagiert? Falls ja, welche? → _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an einer schweren Herz- oder Lungenkrankheit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie schwanger oder stillen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

- Die **Kosten** der Untersuchung werden in der Regel von der Versicherung übernommen. Sie verpflichten sich Spalkosten, die durch Ihre Versicherung nicht bezahlt werden, selbst zu übernehmen.
- Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass **medizinische Befunde und Angaben** aus ihrer Krankengeschichte **wissenschaftlich ausgewertet werden können**. Die Auswertung der Daten erfolgt streng vertraulich und ohne Namensnennung. Sie dient rein wissenschaftlichen Zielen. Sind Sie mit der Verwendung Ihrer erhobenen Daten einverstanden? Ihre Entscheidung wirkt sich in keiner Weise auf Ihre Behandlung aus.
Ja Nein

Ich, Unterzeichnende(r), habe von diesem Aufklärungsblatt Kenntnis genommen und wurde durch die/den Ärztin/Arzt über den Ablauf und die Risiken der Untersuchung bzw. des Eingriffes in verständlicher Weise aufgeklärt. Alle Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden und ich bin mit der Durchführung der aktuellen und allfällig späteren Kontrastmittel-Untersuchung einverstanden.

Name Patient:

Unterschrift Patient:

Name Arzt:

Unterschrift Arzt:

Geburtsdatum:

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Ort und Datum:

Ort und Datum
