

Gastroenterologie/Hepatologie

Chefarzt: Dr. med. P. Aepli

Luzerner Kantonsspital

6000 Luzern 16

Telefon 041 205 21 31

Fax 041 205 21 77

gastroenterologie.luzern@luks.ch

www.luks.ch

Bestätigung der Aufklärung und Einwilligung zur Ösophago-Gastro-duodenoskopie mit Polypektomie / Mukosektomie / APC

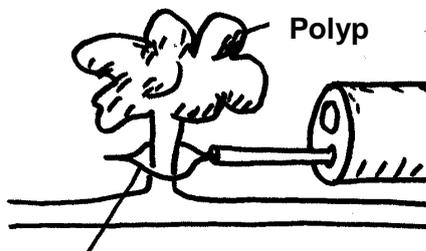
(Spiegelung von Speiseröhre-Magen-Zwölffingerdarm mit Entfernung von potentiell bösartigem Gewebe oder Verödung von Gefäss-Anomalien)

DIAGNOSE:.....

Polypartige Wucherungen, einschliesslich Frühstadien von bösartigen Tumoren (oder Vorläufer derselben) ebenso wie Gefäss-Anomalien an der Schleimhaut des oberen Verdauungstraktes können in vielen Fällen mit der Spiegelungsmethode (endoskopisch) behandelt werden. Je nach Befund kommt einer der folgenden Methoden zur Anwendung:

- Schlingenpolypektomie (Abtragung eines Polyps mit der Elektro-Schlinge)
- Mukosektomie (grossflächige Abtragung einer flachen Wucherung)
- Argonplasma-Koagulation (APC-"Laserbehandlung")

Oft gibt erst die mikroskopische Untersuchung des entfernten Gewebes Aufschluss, ob es sich um eine gutartige oder bösartige Wucherung handelt und ob die endoskopische Entfernung für eine Heilung ausreichend ist. Je nach Befund braucht es weitere endoskopische Eingriffe oder zusätzlich einen chirurgische Eingriff zur vollständigen Entfernung.



Elektrische Schlinge

In der Regel werden Beruhigungs- und Schmerzmittel in die Vene verabreicht, um gewisse Unannehmlichkeiten der Untersuchung (Druckgefühl) zu erleichtern.

Risiken:

- Akute Blutung (ca. 5%): Kann fast immer mit einer endoskopischen Blutstillung behoben werden. Nachblutungen können noch bis zwei Wochen nach dem Eingriff auftreten.
- Wanddurchbruch (Perforation 1-2%): Erfordert meistens eine rasche Operation
- Vorübergehende Schmerzen nach Mukosektomie (<5%):

Alternative Behandlungs-Möglichkeiten:

Die Operation, d.h. die chirurgische Entfernung muss als Alternative immer in Betracht gezogen werden. Da es sich jedoch um grössere Eingriffe handelt, wird in der Regel den schonenderen endoskopischen Verfahren als erste Behandlung der Vorzug gegeben. Die Operation bleibt reserviert für den Fall einer Komplikation oder nicht ausreichenden Heilungschance mit dem endoskopischen Verfahren, namentlich bei bereits bösartigen Wucherungen.

Verhalten vor der Untersuchung:

- nüchtern ab Mitternacht des Vorabends
- Eventuell Absetzen von Blutverdünnern/Blutplättchenhemmern (z.B. Marcoumar, Sintrom, Aspirin, Plavix, Arixtra, Eliquis, Xarelto Pradaxa) nach Absprache mit Ihrem Hausarzt

Verhalten nach der Untersuchung (ambulante Patienten-/innen):

- Am Tag des Eingriffs kein Fahrzeug selber lenken.
- Besondere Symptome (Bluterbrechen, Brust- oder Bauchschmerzen, Schluckbeschwerden, Fieber/Schüttelfrost) erfordern eine unverzügliche Arztkonsultation, nötigenfalls direkt auf der Notfallstation.
 - Der Kostaufbau erfolgt nach ärztlicher Anweisung.

Ich, der/die unterzeichnende Patient/In habe vor der Untersuchung Gelegenheit, vom Arzt in einem Gespräch über Diagnose, Art, Zweck und Ablauf der oben beschriebenen Untersuchung und Behandlung in verständlicher Form informiert zu werden und meine besonderen Probleme zur Sprache zu bringen. Hierbei werde ich auch auf mögliche Folgen in der Zeit nach dem Eingriff hingewiesen.

Ich bestätige, dass ich alle meine mir bekannten Leiden, Unregelmässigkeiten und besonderen Reaktionsweisen (z.B. Allergie, Blutungs- oder Krampfneigung usw.) genannt habe, nämlich:

.....

Nach verständlicher Aufklärung erkläre ich mich mit der vorgesehenen Untersuchung und Behandlung einverstanden. Meine Einwilligung erstreckt sich auch auf eine allfällige Erweiterung oder Änderung, die sich aus intraoperativem Verlauf oder Befunden ergibt.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift Patient/In

Unterschrift Arzt/Ärztin

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass **medizinische** Befunde und Angaben aus Ihrer Krankengeschichte **wissenschaftlich sowie zur Qualitätssicherung 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