

Aufklärungsbogen zur interventionellen Schmerztherapie

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Erkennen.
Wissen.
Helfen.

Liebe Patientin, lieber Patient!

Nachfolgend möchten wir Sie über die bei Ihnen geplante CT-gesteuerte Schmerztherapie informieren.

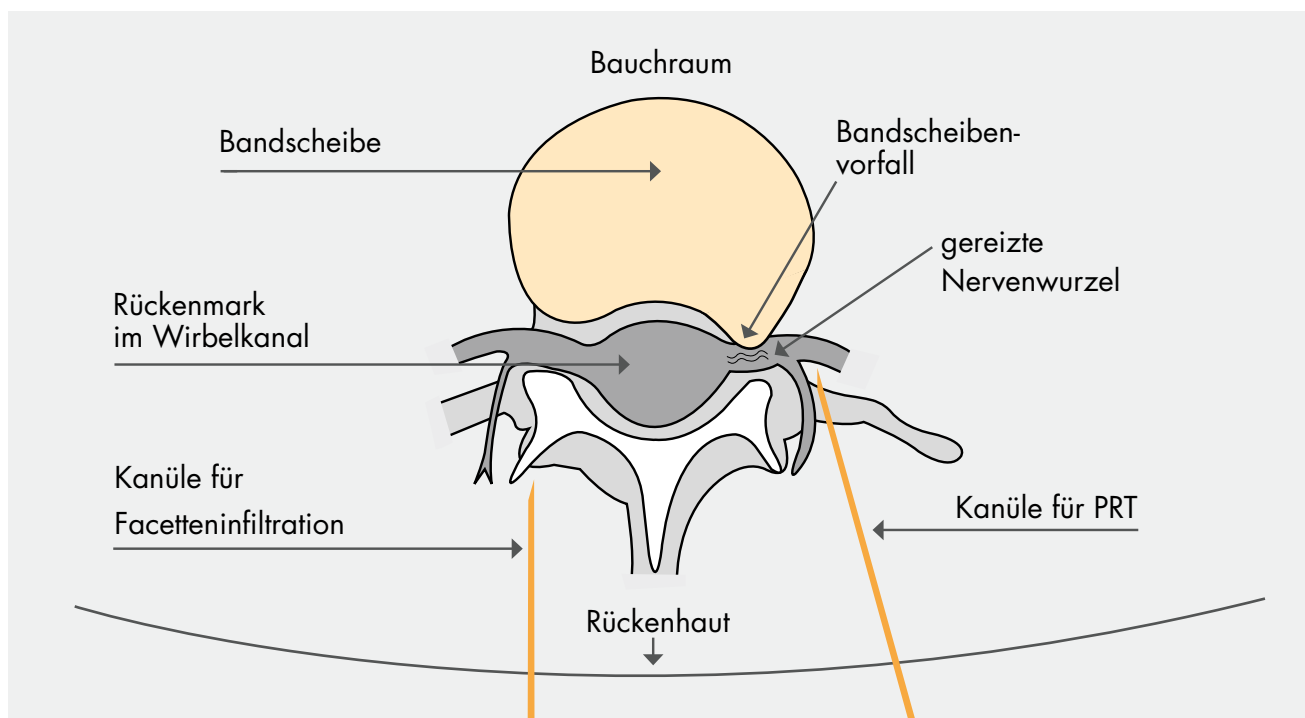
Welche unterschiedlichen schmerztherapeutischen Verfahren gibt es?

- **Computertomographisch gesteuerte periradikuläre Therapie (PRT):**

Dieses Verfahren wird eingesetzt zur Behandlung von Rückenbeschwerden, die durch eine Nervenreizung verursacht werden. Diese Nervenreizung wiederum hat Ihren Ursprung z.B. in Bandscheibenvorfällen, Abnutzungserscheinungen oder in einer Verengung des Rückenmarkkanales.

- **Computertomographisch gesteuerte Facettengelenksblockade:**

Dieses Verfahren wird eingesetzt zur Behandlung von Rückenbeschwerden, die durch vermehrte Abnutzungserscheinungen der kleinen Wirbelgelenke (die sogenannten „Facetten“) entstehen.



Grafik PRT/Facettengelenksblockade

→ Fortsetzung nächste Seite

© RUHRRADIOLOGIE

Welche Vorteile bietet die computertomographisch gestützte Therapie?

Entscheidender Vorteil der computertomographisch gestützten Therapie gegenüber einer „blind“ gesetzten Schmerz-injektion ist die gezielte, millimetergenaue, bildgesteuerte Applikation des Medikamentes, um eine bestmögliche Medikamentenwirkung zu erzielen.

Wie läuft die Behandlung ab?

Zunächst werden mittels Computertomographie Bilder zur Therapieplanung erstellt. Hierzu werden Sie auf dem Bauch liegend automatisch in die große rundliche Öffnung des Computertomographen gefahren. Die Öffnung hat eine ausreichende Größe, so dass Sie sich nicht eingeeengt fühlen müssen. Sie werden während der Untersuchung überwacht und haben jederzeit die Möglichkeit mit dem Assistenzpersonal über ein Mikrophon zu sprechen. Danach wird die Einstichstelle auf der Haut angezeichnet. Nach ausgiebiger Desinfektion der Einstichstelle wird unter sterilen Bedingungen und unter computertomographischer Kontrolle eine sehr dünne Nadel an das krankhaft veränderte kleine Wirbelgelenk oder an den Nerven geführt. Anschließend erfolgt die Injektion des Medikamentes, meist bestehend aus einer Kombination aus örtlichem Betäubungsmittel und niedrigdosiertem Cortisonpräparat. Nach Entfernung der Nadel und Anlage eines Pflasterverbandes ist die Untersuchung abgeschlossen. Die Behandlungsdauer liegt bei ca. 5-10 Minuten. Nach Beendigung der Untersuchung müssen Sie sich mindestens 30 Minuten innerhalb unserer Praxisräume zur Beobachtung aufhalten.

Wichtig: Wir weisen Sie hiermit ausdrücklich darauf hin, dass Sie im Falle einer Betäubungsmittelapplikation nach jeder Behandlung für ca. 6 Stunden nicht mehr aktiv am Straßenverkehr teilnehmen dürfen!

Wie wirken die verabreichten Medikamente?

Das Betäubungsmittel soll für eine vorübergehende Schmerzausschaltung, das cortisonhaltige Präparat soll über eine Nervenabschwellung und Entzündungshemmung für eine Beschwerdelinderung sorgen. Bei ca. 80% aller Patienten kommt es zu einer deutlichen Linderung der Beschwerden, die in aller Regel über Wochen bis mehrere Monate anhalten kann. Die gewünschte Wirkung wird in aller Regel aber erst nach mehrfacher Wiederholung der Behandlung eintreten.

Welche Nebenwirkungen und Komplikationen können auftreten?

Trotz größter medizinischer Sorgfalt kann es in Einzelfällen zu Komplikationen kommen:

häufig (1%): vorübergehendes Taubheitsgefühl/Muskelschwäche z.B. im Arm/Bein

selten (0,01% bis 0,1%): allergische Reaktionen auf die verabreichten Medikamente, Juckreiz, Hautausschlag

sehr selten (\leftarrow 0,001%): schwere allergische Reaktionen mit Kreislaufchock, Herzversagen Atemstillstand

sehr selten (\leftarrow 0,001%): Bluterguss, Verletzung sowie Schädigung von Nerven, Infektionen, dauerhafte Störung der Nerven, Hirnhaut-/Rückenmarkshautentzündungen

extrem selten (\leftarrow 0,0001%): Schlaganfall, Querschnittslähmung



RUHRRADIOLOGIE

Um Behandlungsrisiken zu minimieren, bitten wir Sie, folgende Fragen im Vorfeld zu beantworten:

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1 Wie groß sind Sie? _____</p> <p>2 Wie schwer sind Sie? _____</p> <p>3 Wurde schon einmal eine solche Schmerztherapie bei Ihnen durchgeführt? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>4 Sind bei Ihnen Blutgerinnungsstörungen bekannt oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein (z.B. Aspirin®, Marcumar®, Xarelto®, Plavix®)? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>5 Leiden Sie an Allergien (Pflaster, Medikamente, Asthma, Heuschnupfen, etc.)? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Wenn ja, an welchen? _____</p> | <p>6 Sind Sie zuckerkrank? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>7 Bei Frauen: Besteht oder könnte eine Schwangerschaft bestehen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ungewiss <input type="checkbox"/></p> <p>8 Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose) bekannt? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Einwilligungserklärung

Über die geplante Untersuchung, Art und Bedeutung, spezielle Risiken und mögliche Komplikationen, Neben- und Folge-maßnahmen und ihre Risiken sowie auch über alternative Untersuchungsmethoden wurde ich ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen stellen. Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich genügend informiert und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Untersuchung ein. Mit eventuell während der Untersuchung erforderlichen Neben- und Folgemaßnahmen bin ich ebenfalls einverstanden.

Mit der Weitergabe/Anforderung meiner Untersuchungs- und Behandlungsdaten an/von meine(n) behandelnden Ärzte(n) (nach §73 Abs.1b SGB V) erkläre ich mich einverstanden (falls nicht zutreffend, bitte streichen).

Ort/Datum

Patient/Erziehungsberechtigter/Bevollmächtigter

Arzt

Ich bestätige den Erhalt einer Kopie dieses Aufklärungsbogens. Ja Nein

Nur vom Arzt auszufüllen: