

Name

Vorname

Geburts-Datum

## **Merkblatt / Aufklärung**

### **CT - gesteuerte Schmerztherapie**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie wurden uns zu einer CT - gesteuerten Schmerztherapie .....  
überwiesen.

Die Untersuchung/Therapie erfolgt liegend und ist nicht schmerzhaft. Sie werden auf einer Liege in Bauchlage durch die Öffnung des CT gefahren. Die Untersuchung/Therapie im Gerät dauert nur einige Minuten. Die Bildbearbeitung und Bildauswertung erfolgt im Anschluß, während Sie auf Ihre Unterlagen warten. Die gesamte Therapie und Nachbeobachtung ist in der Regel nach 30–60 Minuten abgeschlossen und Sie können die kompletten Unterlagen für Ihren weiter behandelnden Arzt erhalten.

Unter computertomographischer Sichtkontrolle wird jeweils eine kleine Führungsnadel an den Therapiebereich vorgeführt. Zur **Schmerzdiagnostik** erfolgt nach CT-Lagekontrolle die Applikation eines Lokalanästhetikums. Zur **schmerztherapeutischen Behandlung** erfolgt auf ausdrücklichen Wunsch eine Injektion einer Kombination von 40 mg Triamcinolonacetonid ad 1 ml, 1,5 ml Bupivacainhydrochlorid 0,5%ig und 1 ml eines nichtionischen Kontrastmittels. Es handelt sich hierbei um eine therapeutisch langjährig bewährte, jedoch arzneimittelrechtliche Off-Label-Use Applikation, welcher hiermit ausdrücklich zugestimmt wird. Diese Kombination wird von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen (IGEL).

Als wesentliche Nebenwirkungen der Corticosteroid-Gabe ist bei entsprechender Empfindlichkeit auf Corticosteroide eine Ödembildung bzw. Rötung und Spannung der Gesichtshaut sowie auch vereinzelt einmal das kurzzeitige Auftreten von Akne möglich. Kontrastmittelbedingte allergische Reaktionen, wie z. B. Hautauschlag und Kreislaufreaktionen, sind als selten zu bezeichnen. Punktionsbedingte Blutungen, Gelenkgüsse, Serome oder Infektionen sind als äußerst selten einzustufen.

Gelegentlich treten ziehende, brennende Rückenschmerzen in Höhe der Punktionsregion auf, die sich erfahrungsgemäß nach kurzer Dauer zurückbilden. Vereinzelt werden Gefühls- und Sensibilitätsstörungen der zugehörigen leitenden Nervenbahnen beobachtet, welche als unangenehm, jedoch nicht prinzipiell als unerwünscht einzustufen sind. Diese lassen in der Regel innerhalb von 1-2 Tagen wieder vollständig unter Einsetzen des Therapieeffektes nach. Zusätzlich kann die Wirkung des Lokalanästhetikums das Reaktionsvermögen beeinträchtigen, so daß vom Führen eines Kraftfahrzeuges oder vergleichbarer Tätigkeiten abzuraten ist.

#### **Zu Ihrer Sicherheit bitten wir Sie um Beantwortung folgender Fragen (zutreffendes bitte ankreuzen!):**

- |  |                          |    |                          |      |
|--|--------------------------|----|--------------------------|------|
| - Sind bei Ihnen schon einmal allergische Reaktionen aufgetreten?  | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| - Sind Sie schilddrüsenkrank?                                      | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| - Ist bei Ihnen ein Diabetes mellitus bekannt?                     | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| - Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (ASS, Marcumar, Heparin)? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| - Ist bei Ihnen eine HIV- oder Hepatitis-Infektion bekannt?        | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| - Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?                   | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |

#### **Einverständniserklärung des Patienten:**

Ich fühle mich ausreichend informiert und über alternative Therapiemethoden aufgeklärt und willige in die Untersuchung / Therapie ein. Ich habe keine weiteren Fragen an den Arzt.

Datum

*Unterschrift des Patienten (bzw. des / der Sorgeberechtigten)*

**Untersuchende(r) Arzt / Ärztin:**

**Rechtfertigende Indikation erteilt:**

Ja  Nein

**Ärztliche Vermerke:**

Datum

*Unterschrift des Arztes /der Ärztin*