

PATIENTENETIKETT

# COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT)

Die Computertomographie ist eine spezielle Röntgenuntersuchung die Schichtaufnahmen des Körpers anfertigt. Dadurch können wichtige Informationen über die Lage von Krankheitsherden gewonnen werden.

Spezielle Untersuchungen erfordern eine **Kontrastmittelgabe** über die Armvene.

Bei Fragen bezüglich des Kontrastmittels wenden Sie sich an das Fachpersonal oder scannen Sie den QR-Code.

Beim Injizieren des Kontrastmittels kann es zu einem **Wärmegefühl oder zu einem bitteren Geschmack auf der Zunge** kommen.



Dies ist völlig normal und verschwindet in der Regel nach wenigen Minuten wieder. Auch **Rötungen oder kleine Blutergüsse** an der Einstichstelle sind möglich. Ganz selten kann es passieren, dass bei der Injektion die **Vene platzt** oder die **Kanüle fehlerhaft** liegt. In diesem Fall kann das Kontrastmittel in das umliegende Gewebe gelangen. Dies ist schmerhaft. **Bitte melden Sie sich sofort**, damit eine weitere Injektion gestoppt werden kann.

Um bei Ihnen ein möglicherweise bestehendes erhöhtes Risiko für Kontrastmittel-Reaktionen besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

**Ihr Gewicht:**

..... kg

Sind im Zuge einer Kontrastmittelverabreichung <b>UNVERTRÄGLICHKEITSERSCHEINUNGEN</b> aufgetreten? (z. B. Übelkeit / Erbrechen / Atemnot / Hautausschlag / Bewusstlosigkeit)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine bekannte <b>NIERENFUNKTIONSSTÖRUNG</b> ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie zuckerkrank? Haben Sie <b>DIABETES MELLITUS</b> ? Wenn Ja, nehmen Sie metforminhaltige Medikamente ein? (z.B. Glucophage, Diabetex,.....)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn Ja, welche und nehmen Sie dafür Medikamente ein? (z. B. Favistan / Carbimazol / Irenat / Prothiucil / Thyreogutt / Thyrex / Eurthyrox Sonstige: .....	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ist eine <b>Allergie</b> gegen <b>Jod oder jodhältige Kontrastmittel</b> bekannt? Liegt bei Ihnen eine <b>SCHILDDRÜSENERKRANKUNG</b> vor? Wenn Ja, welche und nehmen Sie dafür Medikamente ein? (z. B. Favistan / Carbimazol / Irenat / Prothiucil / Thyreogutt / Thyrex / Eurthyrox Sonstige: .....	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie <b>SCHWANGER</b> sein oder <b>STILLEN</b> Sie ihr Kind?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie mit der Gabe eines <b>KONTRASTMITTELS</b> bei Bedarf einverstanden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

## BESCHWERDEN/SYMPOTOME (Schmerzen, Probleme, Beeinträchtigungen)

- Beschwerden sind neu aufgetreten (seit  $\leq$  3 Tagen)
- Beschwerden bestehen schon seit mehreren Wochen

**Ich bestätige, dass ich den Inhalt gelesen und verstanden habe. Mit dieser Unterschrift stimme ich der Durchführung der Untersuchung zu!**

**IHRE UNTERSCHRIFT:** .....

**(vom Untersucher auszufüllen):**

- errechnetes GFR \_\_\_\_\_
- nativ
- \_\_\_\_\_ ml Accupaque 350 mg J/ml i.v.
- 25 ml Gastromiro auf 1l h2o verdünnt oral
- 225 ml Bariumsulfat auf 1l h2o verdünnt oral
- sonstige Anmerkungen: \_\_\_\_\_

Kürzel: \_\_\_\_\_

SOP