

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 schmerzhaft. **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 **UNVERTRÄGLICHKEITSERSCHEINUNGEN** aufgetreten? Ja ☐ Nein ☐
(z. B. Übelkeit / Erbrechen / Atemnot / Hautausschlag / Bewusstlosigkeit)

Haben Sie eine bekannte **NIERENFUNKTIONSSTÖRUNG**? Ja ☐ Nein ☐

Sind Sie zuckerkrank? Haben Sie **DIABETES MELLITUS**? Ja ☐ Nein ☐
Wenn Ja, nehmen Sie metforminhaltige Medikamente ein? Ja ☐ Nein ☐
(z.B. Glucophage, Diabetex,.....)

Ist eine **Allergie** gegen **Jod oder jodhaltige Kontrastmittel** bekannt? Ja ☐ Nein ☐

Liegt bei Ihnen eine **SCHILDDRÜSENERKRANKUNG** vor? Ja ☐ Nein ☐
Wenn Ja, welche und nehmen Sie dafür Medikamente ein?
(z. B. Favistan / Carbimazol / Irenat / Prothiucil / Thyreogutt / Thyrex / Eurthyrox
Sonstige:)

Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie **SCHWANGER** sein oder **STILLEN** Sie ihr Kind? Ja ☐ Nein ☐

Sind Sie mit der Gabe eines **KONTRASTMITTELS** bei Bedarf einverstanden? Ja ☐ Nein ☐

BESCHWERDEN/SYMPTOME (Schmerzen, Probleme, Beeinträchtigungen)

- ☐ Beschwerden sind neu aufgetreten (seit ≤ 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**