

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 Ja Nein

UNVERTRÄGLICHKEITERSCHEINUNGEN aufgetreten?
(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,.....)

Leiden oder litten Sie an einer **INFEKTIONSKRANKHEIT** (z.B. Hepatitis, TBC, HIV/AIDS) Ja Nein

Wenn ja, an welcher?

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

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.

sonstige Anmerkungen: _____

Kürzel: _____

SOP