Dr. Susanne Krasz
& Sebastian Rößler
Große Meißner Str. 16
01097 Dresden

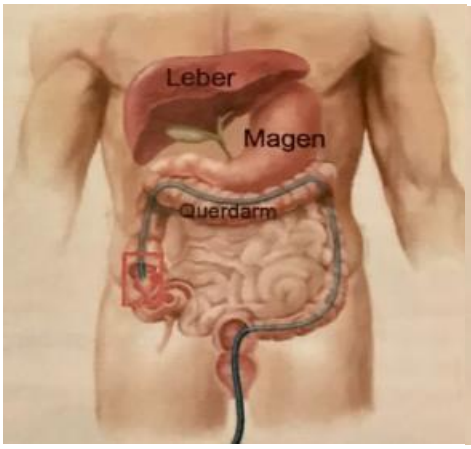
Tel 0351-64824060
Fax 0351-64824069
Mail post@gastropraxis-dresden.de
www.gastropraxis-dresden.de

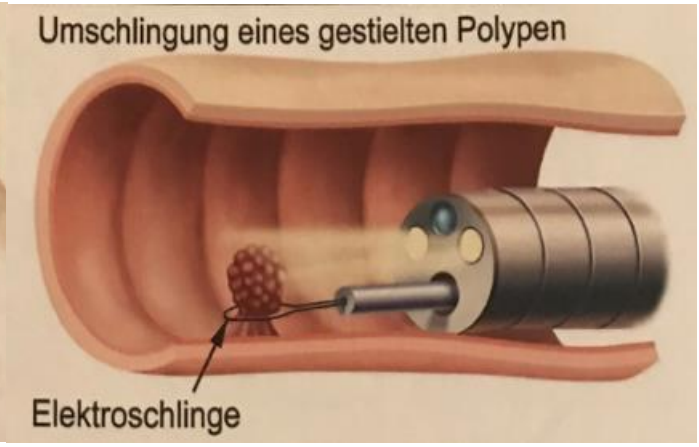
GASTROPRAXIS DRESDEN

Sehr geehrte(r)_____(Ihr Name)

Untersuchungstermin am:_____ um_____

Darmspiegelung (Koloskopie) ggf. mit Polypektomie





Die Darmspiegelung ist die Untersuchung des gesamten Dickdarms vom Analkanal bis zum Blinddarm + ggf. des hier mündenden Dünndarms mit einem flexiblen Endoskop. Diese Untersuchung wird als Vorsorgeuntersuchung zur Erkennung und Entfernung von Darmkrebs-vorstufen (Polypen durchgeführt). Außerdem dient sie zur Abklärung unklarer Beschwerden des Bauches wie z. B. Schmerzen, Gewichtsverlust, Blut im Stuhl, chronischen Durchfällen, Verdacht einer chronischen Darmentzündung.

Vorbereitung: Damit eine exakte Beurteilung möglich ist, muss der Dickdarm sauber sein. Dies wird durch eine Darmreinigung erreicht, die zu Hause durchgeführt werden kann. Bitte halten Sie Sich exakt an den von uns ausgehändigten Plan für die Diät sowie für die Einnah-me der verordneten Abführmittel und finden **Sie Sich bitte spätestens 15min vor der ge-planten Untersuchung in unserer Praxis ein**!

Durchführung: Die Untersuchung erfolgt im Endoskopieraum auf einer Untersuchungsliege. Im Regelfall wird die Koloskopie nach Spritzen eines Schlafmittels (= Sedierung mit Propofol) durchgeführt und dauert etwa 20 - 30 Minuten. Bei der Koloskopie können Gewebeproben entnommen und Polypen entfernt werden. Nach der Untersuchung ruhen Sie sich aus, bis die Wirkung des Schlafmittels abgeklungen ist. Wenn Sie eine Schlafspritze bekommen haben, sind sie für **12 Stunden** nicht fahrtauglich, nicht berufsfähig und dürfen keine potentiell gefährlichen Tätigkeiten ausführen oder Verträge unterschreiben.
Sie müssen sich direkt aus der Praxis abholen und von einer Begleitperson nach Hause bringen lassen (ca. 1 Stunde nach Untersuchungsbeginn).
Für den Fall, dass Polypen abgetragen werden, sollten Sie in den kommenden Tagen auf blähende Kost verzichten.

Komplikationen: Die Koloskopie ist eine Standardmethode, bei der sehr selten Komplikatio-nen auftreten.
Trotzdem sind folgende schwere Komplikationen nicht vollständig auszuschließen, so dass wir Sie trotz der geringen Wahrscheinlichkeit darüber informieren möchten:

- Verletzung der Darmwand/ Perforation
- Blutung (aus der Abtragungsstelle eines Polypen)
- Allergische Reaktion auf Schlafmittel und Beeinträchtigung von Atmung/ Kreislauf

Diese Komplikationen können einen Krankenhausaufenthalt, selten auch eine Operation nötig machen und im schlimmsten Fall zum Tode führen. Sollten Sie nach einer Koloskopie zu Hause Beschwerden bekommen (Bauchschmerzen, Fieber, Übelkeit, Blutaustritt aus dem After) müssen Sie Sich an unsere Praxis (Tel.: 0351-64824060), außerhalb unserer Öffnungszeiten an die Notaufnahme des Krankenhauses oder den Notdienst (Tel.: 112) wenden.

Vorerkrankungen: Um Risiken bei der Endoskopie zu vermeiden ist es wichtig, Ihre Vorerkrankungen und Medikamente zu kennen.

Leiden Sie an einer Herz-/ Kreislauferkrankung: ☐ ja ☐ nein
(Herzschwäche, Verengung der Herzkranzgefäße/Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Erkrankungen der Herzklappen/ Endokarditis, implantierte Herzschrittmacher oder Defi)

Haben Sie Lungenerkrankungen ☐ ja ☐ nein
(z.B. Asthma/COPD, Schlafapnoe)

Sind Blutgerinnungsstörungen bekannt? ☐ ja ☐ nein
(Nasenbluten, Gelenk- oder Organblutungen)

Leiden Sie an einer Zuckerkrankheit (= Diabetes mellitus)? Haben ☐ ja ☐ nein
Sie ein Krampfleiden (= Epilepsie)? ☐ ja ☐ nein
Gibt es bei Ihnen Muskelerkrankungen? ☐ ja ☐ nein
Leiden Sie an grünem Star (= Glaukom)? ☐ ja ☐ nein
Besteht eine chronische Infektionserkrankung (HIV, Hepatitis)? ☐ ja ☐ nein
Leiden Sie an Allergien gegen Soja oder Medikamente? Tragen Sie ☐ ja ☐ nein
Metallimplantate (künstliches Hüft-/ Kniegelenk)? Haben Sie lockere ☐ ja ☐ nein
Zähne oder tragen Zahnersatz/ Prothesen *Frauen im gebärfähigen* ☐ ja ☐ nein
Alter: Könnten Sie schwanger sein? ☐ ja ☐ nein
Stillen Sie?

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? Welche?_____ ☐ ja ☐ nein
Zuckermedikamente (= Antidiabetika): Welche?_____ ☐ ja ☐ nein
Blutdrucksenker? Welche?: _____ ☐ ja ☐ nein

Hinweise für Medikamenteneinnahme im Zusammenhang mit der Koloskopie, sofern nicht anders besprochen:

- ASS 100 **oder** Plavix (= Clopidogrel) als Monotherapie müssen nicht pausiert werden
- ASS 100 **und** Plavix (= Clopidogrel) in Kombination: unbedingt Rücksprache Arzt!
- Eliquis, Xarelto, Pradaxa, Lixiana müssen 24 Stunden vor der Koloskopie pausiert werden
- Falithrom: muss 1 Woche vorher pausiert werden; Ziel-INR < 1,4 (Der Wert muss uns vorliegen). Abhängig von den Vorerkrankungen evtl. vorübergehende „Bauchspritze“ nötig
  → wichtig: „Bauchspritze“ am Tag der Untersuchung morgens weglassen!
- Alle Zuckertabletten 24 Stunden vor der Untersuchung pausieren
- Insulin: während der Abführmaßnahmen weglassen (sonst Gefahr der Unterzuckerung!)
- „Pille“: alternative Verhütungsmaßnahmen nötig!
- Blutdrucksenker:am Untersuchungstag morgens weglassen!

Bitte bringen Sie zur Untersuchung unbedingt mit:

- zwei große Badetücher
- kurzärmeliges Hemd oder T-Shirt
- diesen Aufklärungsbogen (ausgefüllt und unterschrieben)
- Medikamentenliste
- Kontakt Abholer*in: Nachname: _____Vorname _____

Telefonnummer(n): _____/_____

Am Tag der Untersuchung steht ein Team aus 3 Personen nur für Sie bereit. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir um **Absage mindestens 3 Werktage vor dem geplanten Termin (unbedingt per email)!** Für den Fall, dass Sie unentschuldigt der Untersuchung fernbleiben, müssen wir Ihnen leider eine Privatrechnung stellen, um unsere dennoch entstehenden Kosten zu decken. Wir bitten hierfür um Ihr Verständnis.

Ich fühle mich über die vorgesehene **Untersuchung** ausreichend informiert und willige in die Modalitäten und in die Durchführung ein.
Die in der Praxis ausliegenden bzw. auf der Praxishomepage nachlesbaren Informationen zum Datenschutz habe ich gelesen und verstanden und willige in die **Datenspeicherung** ein.

Datum	Unterschrift Patient*in	Unterschrift Arzt

Abführschema zur Darmspiegelung:

Ernähren Sie sich bitte die letzten 5 Tage vor der Untersuchung ballaststoffarm und verzich-ten auf kernhaltige Lebensmittel (z.B. Tomaten, Körnerbrot, Kiwi, Weintrauben, Erdbeeren…). *Am Vortag der Untersuchung* sollen Sie bitte als letzte feste Mahlzeit vor der Spieglung ein leichtes Frühstück zu sich nehmen. Kein Mittagessen, kein Kaffee/Kuchen! Trinken Sie möglichst viel klare Flüssigkeit (helle Tee-Sorten, Wasser ohne Kohlensäure oder klare Fruchtsäfte (z.B. klarer Apfelsaft, klarer Traubensaft). Gegen 16 Uhr sollten Sie mit den Abführmaßnahmen wie auf der Packungsbeilage angegeben und von uns erläutert beginnen. Kein Abendessen!
Am Tag der Untersuchung: kein Frühstück! 4 Stunden vor der nehmen Sie bitte die zweite Dosis des Abführmittels zu sich. Zusätzlich trinken Sie wieder reichlich klare Flüssigkeit (kein Kaffee, keine Milch, keine Kohlensäure!)

ÜBERWACHUNGS-PROTOKOLL
Koloskopie Gerät-Nr:

Ihr Name: Ihr Geb.-Datum: *Untersucher:* Sedierungsassistenz*:*	Untersuchungsdatum: *Sedativum: Propofol* *AU – Schein gewünscht O JA O NEIN* Endoskopieassistenz*:*

Untersuchungsbeginn um: ___:___Uhr RR: ____/____ SO2: _____ %

mg	: Uhr	/ mmHg	mg	: Uhr	/ mmHg
mg	: Uhr	/ mmHg	mg	: Uhr	/ mmHg
mg	: Uhr	/ mmHg	mg	: Uhr	/ mmHg
mg	: Uhr	/ mmHg	mg	: Uhr	/ mmHg
mg	: Uhr	/ mmHg	mg	: Uhr	/ mmHg
mg	: Uhr	/ mmHg	mg	: Uhr	/ mmHg

Start Rückzug ___:___ Uhr Untersuchungsende ____:____Uhr

Gesamtmenge Sedativum:_____mg

Postendoskopische Überwachungszeit bis _____:____ Uhr

Kreislaufwerte zur Entlassung RR: _____/____mmHg SpO2:____%

O Flexüle entfernt O Zahnersatz zurück O Wertgegenstände etc. zurück

Patient*in wird abgeholt und nachbetreut von: kommt zurück in die Praxis um:

_____ _____ _

Name Vorname Unterschrift

Patient*in ist beschwerdearm/-frei, kreislaufstabil, ausreichend orientiert, alleine gehfähig und somit entlassungsfähig. Die Abholperson wurde (für den Patienten) auf den heutigen Verzicht von Alkohol, eingeschränkte Verkehrstüchtigkeit/ Geschäftsfähigkeit hingewiesen!

Sonstige Maßnahmen:
Sauerstoff: _____l/min von____:____ bis____:___Uhr _____
Analgetikum: _____ um _____:____Uhr Unterschrift Untersucher
Infusion: _____um _____:____Uhr