

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

(Ihr Name in Druckschrift _____ Termin 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 Darmkrebsvorstufen (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 genaue Beurteilung der Schleimhaut möglich ist, muss der Dickdarm sauber sein. Dies wird durch eine Darmreinigung erreicht, die Sie zu Hause durchführen. Bitte halten Sie Sich exakt an das unten aufgeführte Abfuhrschema und finden **Sie sich spätestens 15 min vor der geplanten 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, selten zusätzlich Midazolam) durchgeführt und dauert etwa 20 - 30 Minuten. Bei der Koloskopie können Gewebeproben entnommen und Polypen entfernt werden. Im Anschluss an die Untersuchung ruhen Sie sich aus, bis die Wirkung des Schlafmittels vollständig abgeklungen ist. Sie sind dann für 12 Stunden (im Fall der zusätzlichen Gabe von Midazolam 24 h) nicht fahrtauglich, nicht berufsfähig und dürfen keine potentiell gefährlichen Tätigkeiten ausführen oder Verträge unterschreiben. Sie müssen von einer erwachsenen Person aus der Praxis abgeholt werden und nach Hause gebracht werden. 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 Komplikationen 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 eines Krankenhauses oder den Notdienst (Tel 112) wenden.

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

Bitte beantworten Sie daher die folgenden Fragen gewissenhaft:

Bestehen folgende Erkrankungen:

Herz-/ Kreislauferkrankung (z.B. Herzinsuffizienz, Herzinfarkt, Schlaganfall)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lungenerkrankung (z.B. COPD, Asthma, Schlafapnoe)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutungsneigung (Nasenbluten, blaue Flecken)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Epilepsie oder Muskelerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Grüner Star (Glaukom)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Chronische Infektionskrankheit (z.B. HIV, Virushepatitis)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorhandensein Metallimplantate (künstliches Knie-/Hüftgelenk)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Allergien gegen Medikamente oder Soja	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lockere Zähne/ herausnehmbarer Zahnersatz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
 Nehmen Sie Blutverdünner ein wenn ja: Name und Dosis des Präparates _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
 Frauen im gebährfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein Stillen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Hinweise zur Medikamenteneinnahme, sofern nicht anders besprochen:

- ASS 100 **oder** Plavix (= Clopidogrel) als Monotherapie müssen nicht pausiert werden
- ASS 100 **und** Plavix (= Clopidogrel) in Kombination: 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
- Fingernägel ohne Lack und ohne aufgeklebte/ künstliche Nägel
- diesen Aufklärungsbogen (ausgefüllt und unterschrieben)
- Medikamentenliste
- Vorbefunde
- Kontakt Abholer*in: Nachname: _____ Vorname: _____

Tel: _____ / _____



Am Tag der Untersuchung steht ein Team aus 3 Personen nur für Sie bereit. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir um **Absage per email mindestens 3 Werkstage vor dem geplanten Termin** (post@gastropraxis-dresden.de). Für den Fall, dass Sie unentschuldigt fernbleiben, müssen wir Ihnen 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

Abfuhrschemata zur Darmspiegelung:

Ernährung:

Essen Sie die letzten 5 Tage vor der Untersuchung ballaststoffarm und verzichten auf kernhaltige Lebensmittel (z.B. Tomaten, Körnerbrot, Kiwi, Weintrauben, Erdbeeren...). Am *Vortag der Untersuchung* sollen Sie bitte als letzte feste Mahlzeit vor der Spiegelung 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)).

Abführmaßnahmen:

Am Vortag der Untersuchung gegen 16 Uhr sollten Sie mit den Abführmaßnahmen wie auf der Packungsbeilage angegeben und von uns erläutert beginnen. Kein Abendessen!
1 Beutel A und 1 Beutel B zusammen in 1 l Wasser auflösen und schluckweise innerhalb von 1 h trinken, zusätzlich 1-2 l klare Flüssigkeit trinken.

Am Tag der Untersuchung: kein Frühstück! 4 Stunden vor der Untersuchung nehmen Sie bitte die zweite Dosis des Abführmittels zu sich:
1 Beutel A und 1 Beutel B zusammen in 1 l Wasser auflösen und schluckweise innerhalb von 1 h trinken, zusätzlich 1-2 l klare Flüssigkeit trinken (kein Kaffee, keine Milch, keine Kohlensäure!)

Nach den Abführmaßnahmen soll der Stuhl eine klare gelbe Flüssigkeit sein. Sollte dies nicht der Fall sein, kommen Sie wenn möglich etwas früher in die Praxis, so dass wir die Abführmaßnahmen noch in der Praxis fortsetzen können.



ÜBERWACHUNGS-PROTOKOLL

Koloskopie

Gerät-Nr:

Patient:	Untersucher:
Geb-Datum:	Sedierungsassistenz:
AU gewünscht O ja O nein	Endoskopieassistenz:

Untersuchungsdatum: Beginn: ____ : ____ Uhr RR: ____ / ____ mmHg SO2: ____ %

Propofol [mg]	Uhrzeit	RR [mmHg]	HF/ min	SO2 [%]	O2-Gabe [l/min]
	:	/			
	:	/			
	:	/			
	:	/		•	
	:	/			
	:	/			
	:	/			
	:	/			
	:	/			

Start Rückzug ____ : ____ Uhr Untersuchungsende ____ : ____ Uhr

Gesamtmenge Propofol: ____ mg weitere Medikation:

Postendoskopische Überwachungszeit bis ____ : ____ Uhr

Kreislaufwerte bei Entlassung RR: ____ / ____ mmHg SpO2: ____ %

Flexüle entfernt Zahnersatz zurück Wertgegenstände etc. zurück

Patient*in wird abgeholt und nachbetreut von:

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!

Unterschrift Untersucher _____

Unterschrift Assistenz _____

