Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Sie wurden uns zur Darmspiegelung überwiesen.

Dazu erhalten Sie beiliegend:

* Ein Rezept für Moviprep
* Ein Informationsblatt
* Einen Fragebogen
* Ein Patientenblatt
* Die Einverständniserklärung

**Das Informationsblatt:**

Hier finden Sie Informationen über den Ablauf der Untersuchung sowie deren Ziele und Risiken. Bitte lesen Sie dieses Blatt genau durch. Falls Sie weitere Fragen haben zur Notwendigkeit und Dringlichkeit der Untersuchung, zu Alternativen oder zu Risiken der Untersuchung, wenden Sie sich an Ihren Arzt. Spezifische Fragen über die technische Durchführung der Untersuchung können bei Bedarf vom durchführenden Spezialarzt (Gastroenterologen) beantwortet werden. Wenn Sie das wünschen, bitten wir Sie, sich dafür rechtzeitig bei uns oder dem zuweisenden Arzt zu melden.

**Der Fragebogen:**

Wir bitten Sie, den beiliegenden Fragebogen zur Abklärung der Blutungsneigung vollständig auszufüllen und die Fragen nach Medikamenten, Unverträglichkeiten oder Allergien zu beantworten. Falls Sie **blutverdünnende Medikamente** (Marcoumar, Sintrom, Xarelto, Eliquis, Lixiana oder Pradaxa) oder regelmässig **Aspirin, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel, Efient, Brilique etc.** einnehmen, bitten wir Sie rechtzeitig (mindestens 1 Woche vor der Untersuchung) **das allfällige Absetzen** der Medikamente

mit Ihrem Arzt zu besprechen. Bitte bringen Sie den unterschriebenen Fragebogen zur Untersuchung mit. Falls Sie Probleme oder Unklarheiten bei der Beantwortung der Fragen haben, wenden Sie sich bitte rechtzeitig an Ihren Arzt oder an uns.

**Das Patientenblatt**

Wir bitten Sie, das beiliegende Patientenblatt so genau wie möglich auszufüllen. Damit helfen Sie dem Arzt sich ein klares Bild über Ihren Gesundheitszustand zu machen. Bitte bringen Sie das Patientenblatt zusammen mit der unterschriebenen Einverständniserklärung und dem ausgefüllten Fragebogen am Tag der Untersuchung mit in die Praxis.

**Die Einverständniserklärung:**

Lesen Sie auch die Einverständniserklärung spätestens am Vortag der Untersuchung genau durch und bringen Sie diese unterschrieben zur Untersuchung mit.

Das Informationsblatt ist zum Verbleib bei Ihnen bestimmt.

Der Fragebogen, das Patientenblatt und die Einverständniserklärung werden bei uns in der Krankenakte aufbewahrt.

Bitte bringen Sie **folgende Unterlagen** mit:

* Krankenkassenkarte
* Aktuelle Medikamentenkarte
* Falls vorhanden: Arztberichte   
  (zwecks besserer Vorbereitung unsererseits, können Sie uns diese Unterlagen schon vor dem Termin zusenden)
* Allergiepass

Im Verhinderungsfall bitten wir Sie, den Termin mindesten 24 Stunden vorher abzusagen.

Mit freundlichen Grüssen

Team Endoskopie

**REZEPT**

Patientenetikette

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MOVIPREP eine Anwendung, Plv Btl A+B, Dppl Btl 2 Stk**



Dr. med. Lutz Seebach

Facharzt FMH Gastroenterologie

Facharzt FMH Innere Medizin

**Informationsblatt zur Dickdarmspiegelung**

**Weshalb erfolgt eine Dickdarmspiegelung?** Bei der Dickdarmspiegelung werden der gesamte Dickdarm, die letzten Abschnitte des Dünndarmes sowie der Enddarm inklusive des Afters untersucht. Es lassen sich damit Erkrankungen dieser Organe feststellen und teilweise auch behandeln oder der Verlauf von bekannten Erkrankungen kontrollieren.

**Welche Vorbereitungen sind für eine Dickdarmspiegelung nötig?** Die Dickdarmspiegelung erfordert zuvor eine gründliche Reinigung des Darmes (siehe separate Anweisungen). Bitte befolgen Sie die Anweisungen zur Darmreinigung genau. Die Einnahme von Eisenpräparaten ist 5 Tage vor der Untersuchung zu stoppen.

**Fahrtüchtigkeit/Arbeitsfähigkeit?** Für die Untersuchung wird Ihnen in der Regel ein Schlafmedikament gespritzt. Die Fahrtüchtigkeit ist für den Rest des Tages nach Erhalt dieses Medikamentes nicht gegeben. **Kommen Sie bitte nicht mit dem eigenen Fahrzeug.** Sorgen Sie für eine persönliche Begleitung. Nach Verabreichung dieser Medikamente besteht für 12 Stunden auch keine Unterschriftsfähigkeit. Das bedeutet, dass Sie während dieser Zeit keine Verträge abschliessen sollten. Auch das Bedienen von Maschinen sollte nach Erhalt von Schlafmittel gleichentags nicht erfolgen

**Blutverdünnende Medikamente und Darmspiegelung:** Folgende Medikamente sollten Sie **nicht absetzen**: Aspirin, Aspirin cardio, Tiatral, Kardégic, Alcacyl, Asasantin, Plavix, Clopidogrel, Efient, Brilique. Unter diesen Medikamenten, können Proben entnommen und Polypen entfernt werden. Sollten Sie zwei der oben genannten Medikamente einnehmen, können keine Polypen abgetragen werden.

Unter Marcoumar, Sintrom, Eilquis, Xarelto, Pradaxa, Lixiana oder einer Kombination von oben genannten Blutverdünnern können Polypen nicht abgetragen werden. Dies bedeutet, dass eine zweite Spiegelung nach Absetzten der Blutverdünnung nötig wird. Statistisch finden wir in 20 % der Patienten Polypen. Besprechen Sie das Vorgehen in jedem Fall mit Ihrem Arzt. Bei Unklarheiten rufen Sie uns an.

**Wie läuft die Dickdarmspiegelung ab?** Zur Verabreichung des Schlafmittels wird zunächst am Arm eine Infusion gelegt. Während Sie schlafen werden Blutdruck, Puls und der Sauerstoffgehalt im Blut überwacht. Untersucht wird mit einem dünnen beweglichen „Schlauch“ an dessen Spitze eine Lichtquelle und eine Kamera angebracht sind. Damit kann der Arzt die Schleimhaut der erwähnten Organe einsehen und nach krankhaften Veränderungen absuchen. Die Untersuchung und die zusätzlichen Eingriffe verursachen keine Schmerzen. Während der Untersuchung ist neben dem Arzt auch eine endoskopisch geschulte Pflegefachperson anwesend.

Falls Polypen (Schleimhautgewächse die meist gutartig sind, aber über Jahre in einen Krebs übergehen können) vorliegen, werden diese entfernt. Trotz grösster Aufmerksamkeit werden ca. 5 % der Polypen nicht gefunden. Um die Darmwand gut einsehen zu können, wird der Darm während der Untersuchung etwas aufgeblasen. Gelegentlich muss zum Weiterführen des Endoskopes von aussen auf den Bauch gedrückt werden.

**Welche Risiken sind mit der Dickdarmspiegelung verbunden?** Die Untersuchung selbst, die Entnahme von Gewebeproben und Polypenentfernungen sind risikoarm. Es kann aber trotz grösster Sorgfalt zu Komplikationen kommen, die in Ausnahmefällen auch lebensbedrohlich sein können. Mögliche Komplikationen sind Blutungen (0.5 -3%), die meist unmittelbar nach der Abtragung von Polypen auftreten und die direkt endoskopisch gestoppt werden können. Seltener können verzögerte Blutungen innerhalb der ersten Woche nach Behandlung auftreten. Sehr selten (0.05 – 0.1%) sind Perforationen (Durchbruch der Darmwand) zu beobachten, in deren Folge im schlimmsten Fall eine Operation notwendig wird. Nach Gabe von Schlafmedikamenten kann es in seltenen Fällen zu Beeinträchtigung der Atem- und Herzfunktion sowie allergischen Reaktionen kommen.

**Wie verhalte ich mich nach der Untersuchung:** Für die Dickdarmspiegelung wird Ihnen ein Schlafmedikament verabreicht, daher werden Sie nach der Untersuchung überwacht, bis Sie ausgeschlafen haben. In den Stunden nach der Untersuchung kann ein Druckgefühl im Bauch (vermehrte Luft im Darm) bestehen. Nimmt dieses zu oder treten **neue Bauchschmerzen** auf, beobachten Sie eine Blutung aus dem After oder bekommen Sie Fieber, informieren Sie unverzüglich Ihren Arzt oder kommen Sie auf unsere Notfallstation.

**Fragen zur Untersuchung?** Falls Sie weitere Fragen zur geplanten Untersuchung haben, wenden Sie sich bitte an Ihren Hausarzt. Bei weiterhin bestehenden Unklarheiten wenden Sie sich an den Spezialarzt (Gastroenterologen), der die Untersuchung bei Ihnen durchführen wird.

**Bei Fragen oder Problemen können Sie sich zwischen 08.00 Uhr und 12.00 Uhr und zwischen 14.00 und 17.00 Uhr bei uns melden: Tel.: 043 366 40 00**

**Anleitung zur Durchführung der Darmreinigung mit Moviprep**

***Eine optimale Darmreinigung ist entscheidend für die erfolgreiche Durchführung der Untersuchung. Die vorgegebenen Zeiten sind einzuhalten und die zwei Liter Moviprep müssen vollständig getrunken werden.***

**Vorbereitung**

4 Tage vor der Untersuchung sind kernhaltige Speisen (Trauben, Tomaten, Feigen, Leinsamen, Kiwis, Beeren, Vollkornprodukte, Müesli, Zucchetti, Gurken etc.) zu meiden.

**Vortag:** Freitag, 31. März 2023  
Sie dürfen noch normal frühstücken. Ab 12 Uhr nur noch flüssige Kost (z.B. Bouillon ohne Einlagen, Tee, Sirup, Mineralwasser, **keine Früchte**). Ab 17 Uhr 1 Liter gekühlte **Moviprep- Lösung** innert 2 Stunden trinken. Zusätzlich mindestens 1 Liter frei gewählte, klare Flüssigkeit trinken. Ideal ist, im Wechsel 1 – 3 dl Moviprep mit 1 – 3 dl einer anderen klaren Flüssigkeit (Apfelschorle, Tee, Sirup, Mineralwasser) zu trinken bis nur noch helle Flüssigkeit entleert wird.

**Herstellung der Moviprep - Lösung:** Beutel A und B in 1 Liter Wasser auflösen.

Die eigenen Medikamente können sie normal einnehmen, letzte Einnahme 2 Stunden vor dem Trinken der Moviprep-Lösung.

**Untersuchungstag:** Freitag, 31. März 2023

Nüchtern, klare Flüssigkeit ist erlaubt. Mindestens 4 Stunden vor der Untersuchung nochmals 1 Liter **Moviprep- Lösung** und 1 Liter klare Flüssigkeit innert 1 Stunde trinken. **Das Trinken klarer, fettfreier Flüssigkeiten (keine Milch) ist bis 2 Stunden vor Untersuchungsbeginn erlaubt.**

Nach dieser Vorbereitung sollte nur noch wässrige, farblose oder gelbe Flüssigkeit entleert werden. Falls dieses Ziel nicht erreicht wird oder Sie wegen Übelkeit und Erbrechen die Vorbereitung nicht durchführen können, setzen Sie sich unmittelbar mit unserer Endoskopieabteilung in Verbindung.

**Endoskopie 043 366 40 00**

Ein bis zwei Stunden nach dem Trinken der Moviprep-Lösung setzt Durchfall ein. Um Hautreizungen am Darmausgang zu vermeiden, schützen Sie sich mit Cremen (Bepanthen, Vaseline)

Tragen Sie am Untersuchungstag lockere, bequeme Kleidung. Nach der Untersuchung sind sie Wach und die Resultate werden mit Ihnen besprochen. Die Dauer der einzelnen Untersuchungen kann bei uns stark variieren. Dies ist der Grund, warum Sie bei uns gelegentlich mit Wartezeiten rechnen müssen.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name:** | **Vorname:** | **Geburtsdatum:** |  | **<Vorname>** | **<GeburtsDatum>** |
|  |  |  |  |  | **Untersuchungszeit** |

**Fragen zur Abklärung der Blutungsneigung:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Frage** | | **Ja** | **Nein** |
| 1. | Haben Sie starkes **Nasenbluten** ohne ersichtlichen Grund? |  |  |
| 2. | Haben Sie **Zahnfleischbluten** ohne ersichtlichen Grund (Zähneputzen)? |  |  |
| 3. | Haben Sie „**blaue Flecken** oder kleine Blutungen auf der Haut ohne ersichtliche Verletzungen? |  |  |
| 4. | Haben Sie den Eindruck, dass Sie **nach kleinen Verletzungen länger bluten** (z. B. beim Rasieren)? |  |  |
| 5. | Bei Frauen: Haben Sie den Eindruck, dass Sie eine **verlängerte Menstruationsblutung** (>7 Tage) haben oder sehr häufig Tampons bzw. Binden wechseln müssen? |  |  |
| 6. | Haben Sie längere oder schwere **Blutungen** während oder **nach einer Zahnbehandlung** gehabt? |  |  |
| 7. | Haben Sie längere oder schwere **Blutungen während oder nach Operationen** gehabt (z. B. Mandeloperation, Blinddarmoperation, Geburt)? |  |  |
| 8. | Haben Sie während Operationen Blutkonserven oder **Blutprodukte erhalten**? |  |  |
| 9. | Besteht **in Ihrer Familie** (Eltern, Geschwister, Kinder, Grosseltern, Onkeln, Tante) eine **Erkrankung mit vermehrter Blutungsneigung**? |  |  |

**Fragen nach Medikamenten, Allergien, Begleiterkrankungen:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Frage** | | **Ja** | **Nein** |
| 1. | Nehmen Sie **gerinnungshemmende Medikamente** zur Blutverdünnung ein z.B. Sintrom, Marcoumar, Xarelto, Lixiana, Pradaxa, Eliquis? Haben Sie in den letzten 7 Tagen **Aspirin, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel, Asasantin, Efient, Briquenil etc., Schmerzmittel oder Rheumamittel** eingenommen?  Wenn ja, welche? ………………………………………………………………………….. |  |  |
| 2. | Haben Sie eine **Allergie/Überempfindlichkeitsreaktion** (gegen Medikamente, Sojaöl, Latex, örtliche Betäubungsmittel, Heftpflaster)?  Wenn ja, welche? ………………………………………………………………………….. |  |  |
| 3. | Leiden Sie an einem **Herzklappenfehler, an einer Herz- oder Lungenkrankheit**? Haben Sie einen Ausweis zur Endokarditis-Prophylaxe? |  |  |
| 4. | Tragen Sie einen **Herzschrittmacher / Defibrillator** oder ein **Metallimplantat**? |  |  |
| 5. | Ist bei Ihnen eine **Nierenfunktionsstörung (Niereninsuffizienz)** bekannt? |  |  |
| 6. | Sind Sie **Diabetiker/in**? |  |  |
| 7. | Bei Frauen: Sind Sie schwanger oder besteht bei Ihnen die Möglichkeit einer **Schwangerschaft**? |  |  |
| 8. | Haben Sie **lockere Zähne**, eine **Zahnprothese,** ein **Zungenpiercing** oder eine **Zahnkrankheit**? |  |  |

Ich, der die Unterzeichnende habe den Fragebogen nach bestem Wissen ausgefüllt.

Ort, Datum ……………………..………….. Unterschrift Patient/in:…………………..…………………………….

**Patientenblatt**

Für eine Gesamtbeurteilung sind die persönliche Kranken- und Familiengeschichte

und die Risikofaktoren wichtig. Wir bitten Sie, dieses Formular auszufüllen.

Besten Dank.

**Name und Vorname: Geburtsdatum:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERSÖNLICHE KRANKENGESCHICHTE** | | | | | | | | | |
| Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) | | □ | | Rheuma | | | | | □ |
| Schilddrüsenerkrankung | | □ | | Erhöhte Blutfettwerte | | | | | □ |
| Lebererkrankung | | □ | | Allergien | | | | | □ |
| Nierenerkrankung | | □ | |  | | | | |  |
| Gicht (erhöhte Harnsäurewerte) | | □ | | Medikamentenunverträglichkeiten | | | | | □ |
| Atemwegserkrankungen | | □ | |
| Infektionskrankheiten (HIV, Tuberkulose) | | □ | | Nahrungsmittelunverträglichkeiten | | | | | □ |
| Osteoporose | | □ | |
| Herz-/Kreislauferkrankungen:  Bluthochdruck  Vorhofflimmern  Angina pectoris, Herzinfarkt  Herzklappenfehler | | □  □  □  □  □ | | Herzschrittmacher  Schlaganfall  Durchblutungsstörungen in den Beinen  Krampfadern | | | | | □  □  □  □ |
| Krebserkrankung | | □ | | Neurologische Erkrankungen  Epilepsie  Psychische Erkrankungen | | | | | □  □  □ |
| **OPERATIONEN/SPITALAUFENTHALTE** | Ja/Wann? | | | **OPERATIONEN/SPITALAUFENTHALT** | | | | | Ja/Wann? |
| Blinddarm |  | | | Künstliches Gelenk | | | | |  |
| Mandeln |  | | | Gallenblase | | | | |  |
| Krampfadern |  | | | Gebärmutter | | | | |  |
| Prostata |  | | | Geburten | | | | |  |
|  | | | | Kaiserschnitt | | | | |  |
| Andere Operationen oder Spitalaufenthalte | | | | | | | | | |
| Waren Sie im letzten Jahr im Ausland? Wenn ja, Wo? | | | | | | | | | |
| **FAMILIENGESCHICHTE**: Krankheiten oder Todesursachen in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Grosseltern, Nachkommen)? | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **GEWOHNHEITEN** | | | **Ja** | | **Nein** | | **Wie viel** | **Seit wann** | |
| Rauchen Sie | | |  | |  | |  |  | |
| Trinken Sie regelmässig Alkohol | | |  | |  | |  |  | |
| Treiben Sie Sport | | |  | |  | |  |  | |
| **Welche Medikamente nehmen Sie gegenwärtig ein oder haben Sie über längere Zeit**  **eingenommen?** | | | | | | | | | |
| Medikamente: | | | | | | Dosierung: | | | |
|  | | | | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | | |
| Bemerkungen: | | | | | | | | | |

**Einverständniserklärung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Name:** | **Vorname:** | **Geburtsdatum:** |
|  |  |  |

**Dickdarmspiegelung**

Ich, die/der Unterzeichnende habe von dem Informationsblatt Kenntnis genommen.

Ich wurde durch die Ärztin/den Arzt über den Grund (Indikation) für die Dickdarmspiegelung aufgeklärt. Art, Ablauf und Risiken der Dickdarmspiegelung habe ich verstanden. Meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Frage** | **Ja** | **Nein** |
| **Ich bin mit der Durchführung der Dickdarmspiegelung** **einverstanden.** |  |  |

Ort, Datum ……………………..…… Unterschrift Patient/in:…………………..………………….

Ort, Datum ……………………..…… Unterschrift Arzt/Ärztin:…………………..…………………

Für Patienten, die nicht selbst ihr Einverständnis geben können:

Gesetzlicher Vertreter oder Bevollmächtigter:

Ort, Datum ……………………..…… Unterschrift des Vertreters:…………………………………..

Ort, Datum ……………………..…… Unterschrift Arzt/Ärztin:……………….……………………….