



## US-RX-CT GESTEUERTE PERKUTANE NADELBIOPSIE

### AUFKLÄRUNGSBLATT UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DES PATIENTEN

Ihr behandelnder Arzt hat die Durchführung dieses Eingriffes angefordert. Insofern wollen wir Sie über den Ablauf der Untersuchung und über mögliche Komplikationen informieren, welche trotz Vorichtsmaßnahmen auftreten könnten.

#### **Vor der Beschreibung des Ihnen empfohlenen Eingriffes, ersuchen wir Sie sich aufmerksam folgende Punkte durchzulesen:**

- Die unten beschriebenen Verfahren werden eventuell unter Anwendung von Röntgenstrahlen durchgeführt.
- Mit der Unterschrift dieses Formulars erklären Sie, **nicht schwanger** zu sein.
- Während des Eingriffes kann es in seltenen Fällen nötig sein, **jodhaltiges Kontrastmittel** intravenös zu verabreichen. Diese Substanz kann selten **Unverträglichkeitsreaktionen** hervorrufen, welche man unterteilen kann in: **leicht** (Übelkeit, Erbrechen, Juckreiz), **moderat** (starkes Erbrechen, Nesselausschlag, Gesichtssödem, Bronchospasmus), welche in der Regel durch einfache therapeutische Maßnahmen kontrollierbar sind bzw. äußerst selten **schwer** (allergischer Schock, Lungenödem, Herzstillstand).

Die Nadelbiopsie wird mit dünnen Nadeln mit einem Durchmesser zwischen 0,8 und 2 Millimeter durchgeführt, die es ermöglichen Gewebeproben zu entnehmen, welche anschließend einer zytologischen oder histologischen Untersuchung unterzogen werden, um die Natur Ihrer zugrunde liegenden Erkrankung zu erkunden.

Nadelbiopsien führen in der Mehrzahl zu eindeutigen Ergebnissen und helfen rasch einen möglichst adäquaten Therapieplan zu erstellen.

Die Nadelbiopsie wird in der Regel durch die Haut in örtlicher Betäubung (Lokalanästhesie) durchgeführt.

## RISIKEN UND KOMPLIKATIONEN

**WAHRSCHEINLICHKEIT DES ERFOLGES UND RISIKEN** - Die Nadelbiopsien können selten von Komplikationen begleitet sein, von denen die häufigsten Schmerzen oder kleine Blutergüsse im Bereich der Stichstelle sind.

Die schwereren Komplikationen (unter anderem Blutungen) sind sehr selten. Äußerst selten sind Todesfälle.

Spezifische Komplikationen entsprechend der Nadelbiopsie unterzogener Organe sind:

- Die häufigste Komplikation der Biopsie der Lunge (fast immer unter Computertomographie Steuerung durchgeführt) ist der Pneumothorax (Ansammlung von Luft in der Pleurahöhle mit folgendem Kollaps der Lunge). Bei einer Breite dieses Luftspaltes unter 3 cm ist lediglich eine Verlaufsbeobachtung mittels Lungenröntgen nötig (über mindestens 3-4 Stunden), während größere Luftansammlungen mit Hilfe eines Drainagekatheters entleert werden müssen.

- Bei der Leberbiopsie (meist Ultraschall gezielt durchgeführt) können Komplikationen als Folge des teilweise unvermeidlichen Anstechens von Blutgefäßen in der Leber auftreten und sind in der Regel gering und vorübergehend (Blutergüsse im Bereich der Stichstelle); selten können sie schwerer sein (Blutungen mit in der Leber gelegenen Blutergüssen, Blut in der Galle, Bauchfellblutungen, Pneumothorax, Rippenfellblutungen, Herzrhythmusstörungen, etc.) und verlangen eine adäquate sofortige oder nachträgliche Behandlung, selten auch einen chirurgischen Eingriff.

**ALTERNATIVEN ZUR NADELBIOPSIE** - Es gibt keine anderen weniger invasive Untersuchungsmethoden, welche ähnliche Resultate (Diagnose der Natur der untersuchten Gewebsveränderung) garantieren könnten. Die Nadelbiopsie selbst ist die Alternative zur offen chirurgischen Biopsie (Gewebeentnahme).

### EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

**Dies alles berücksichtigend, erklärt die/der Unterfertigte**

Etikette

hiermit, dieses Formular gelesen und verstanden zu haben und von

**Dr.** \_\_\_\_\_ jegliche weitere erwünschte Information bezüglich Untersuchungs- bzw. Behandlungsdurchführung erhalten zu haben; über die Vorteile einer präzisen Diagnose; über die verbundenen Risiken; über alternative medikamentöse oder chirurgische Therapien, aufgeklärt worden zu sein, indem auf jede meiner Fragen und Bitten um genaue Erklärung erschöpfend eingegangen wurde.

**Alle Informationen zur Kenntnis nehmend, erklärt die/der Unterfertigte**

**ICH ERTEILE MEINE EINWILLIGUNG ZUR VORGESCHLAGENEN BEHANDLUNG/UNTERSUCHUNG**

**ICH VERWEIGERE MEINE ZUSTIMMUNG**

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_

Unterschrift der Ärztin/des Arztes Dr. \_\_\_\_\_