

Informationsblatt für Patienten

Röntgenuntersuchung des oberen Verdauungstraktes

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Ihr behandelnder Arzt hat Sie an uns mit der Bitte überwiesen, eine Röntgenuntersuchung des oberen Verdauungstraktes durchzuführen. Wir wollen Sie hiermit über die Art der Untersuchung und mögliche Komplikationen, die dabei trotz aller Vorsichtsmaßnahmen einmal auftreten können, informieren

Durchführung der Untersuchung

Die Röntgenuntersuchung der Speiseröhre wird von einem Röntgenarzt in Zusammenarbeit mit einem/r Röntgentechniker/in durchgeführt. Sie werden aufgefordert, aus einem Becher eine weiße Substanz (Kontrastmittel), zu trinken, wodurch die Speiseröhre dargestellt wird. Die Untersuchung wird in verschiedenen Positionen durchgeführt: im Stehen, im Liegen, usw. Sie sollten sich genau an die Anweisungen halten, welche Ihnen der Arzt oder sein Assistent geben (wann trinken, wie sich drehen, oder wann Sie nicht atmen sollen). Ihre Zusammenarbeit ist für ein gutes Gelingen der Untersuchung unerlässlich.

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Metallgegenstände die Untersuchung stören. Wir ersuchen Sie deshalb, Ohrringe, Halsketten, Medaillen, Büstenhalter und dergleichen zu entfernen.

Die Untersuchung dauert ungefähr 15 Minuten.

Mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen

Im Falle einer vermuteten oder nachgewiesenen Schwangerschaft ersuchen wir Sie, dies dem Arzt vor der Untersuchung mitzuteilen. Die Röntgenstrahlen könnten dem werdenden Kinde schaden.

Bei bestehenden Schluckstörungen kann das Kontrastmittel in die Luftwege gelangen und ein Absaugen unter bronchoskopischer Kontrolle erforderlich machen.

Bitte unbedingt beachten!

Sie müssen nüchtern zur Untersuchung kommen (10 Stunden vor der Untersuchung nichts essen oder trinken, nicht rauchen). Medikamente können eingenommen werden.

Wenn Sie die Untersuchung als **externer/e Patient/in** machen, ersuchen wir Sie, sich pünktlich beim Annahmeschalter der Röntgenabteilung einzufinden.

Falls Sie den Vormerkungstermin nicht einhalten können, bitten wir Sie, dies rechtzeitig mitzuteilen.

Mitzubringen sind:

- Gesundheitskarte;
- die Zuweisung zur Untersuchung mit der genaueren klinischen Fragestellung;
- dieses Informationsblatt, welches nach dem **Aufklärungsgespräch** mit dem Arzt unterschrieben werden muss;
- eventuelle Röntgenbilder einer vorangegangenen Untersuchung der Speiseröhre.

Einverständniserklärung

Bitte erst nach dem Aufklärungsgespräch mit dem/der Arzt/Ärztin unterschreiben.

Der/die Unterfertigte _____ geb. am _____

- als gesetzlicher Vertreter/in des/der Minderjährigen _____
- als Vormund des/der Patienten/in _____

über die geplante Untersuchung wurde ich von (Arzt/Ärztin) _____ ausführlich und in einer für mich verständlichen Weise informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen, z.B. über die, in meinem Falle speziellen Risiken und möglichen Komplikationen, stellen.

Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich **ausreichend aufgeklärt** und

☐ **ICH ERTEILE MEINE EINWILLIGUNG
ZUR VORGESCHLAGENEN
UNTERSUCHUNG**

☐ **ICH VERWEIGERE MEINE ZUSTIMMUNG**

Datum _____

Unterschrift des/der Patienten/in
(oder des gesetzlichen Vertreters)

Unterschrift des Arztes/ Ärztin

Foglio Informativo per il Paziente

Esame radiologico delle prime vie digestive

Il Suo medico curante ci ha richiesto l'esecuzione di un esame radiologico delle prime vie digestive. Vogliamo fornirLe alcune informazioni sul tipo dell'esame e sulle possibili complicazioni che nonostante tutte le precauzioni potrebbero intervenire.

Esecuzione dell'esame

L'esame dell'esofago viene eseguito da un medico radiologo in collaborazione con un tecnico di radiologia. Le verrà data da bere una sostanza liquida (il mezzo di contrasto) che serve a visualizzare il tratto in esame. Durante l'esame verranno eseguite radiografie in diverse posizioni e per questo dovrà attenersi alle indicazioni che Le saranno date dal personale (quando bere, come muoversi, quando non respirare). La Sua collaborazione è molto importante per la buona riuscita dell'esame. Le ricordiamo che gli oggetti metallici disturbano le immagini, pertanto Le chiediamo di togliere eventuali orecchini, collane, spille, medaglie e reggiseno. L'esame dura circa 15 minuti.

Controindicazioni e possibili complicanze

In caso di gravidanza accertata o sospetta La invitiamo ad informare il medico prima dell'inizio dell'esame radiologico, perché i raggi X possono essere dannosi per il feto. Per eventuali disturbi di deglutizione, il mezzo di contrasto può passare nelle vie respiratorie e renderne necessaria l'aspirazione sotto controllo broncoscopico.

Da osservare con attenzione!

Deve presentarsi digiuno all'esame (10 ore prima dell'esame non mangiare, non bere e non fumare). In caso dovesse eseguire l'esame come **paziente ambulatoriale** La preghiamo di presentarsi puntualmente presso lo sportello dell'accettazione del reparto di Radiologia. In caso fosse impedito/a a presentarsi all'esame La preghiamo di disdire l'appuntamento in tempo utile. Da portare all'esame:

- tessera sanitaria;
- impegnativa contenente l'esame e preciso quesito clinico;
- foglio informativo da **firmare dopo il colloquio informativo con il medico**;
- eventuali radiografie precedenti del tratto in esame in Suo possesso.

Consenso informato

Da firmare dopo il colloquio informativo con il medico

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

- In qualità di esercente la potestà sul minore _____
- In qualità di tutore del paziente _____

dichiara di essere stato/a informato/a esaurientemente dal dott./ssa _____, in termini ed in modi a me comprensibili, sull'indagine radiologica in oggetto. Ho potuto porre al medico le domande che ritenevo importanti, in particolare per quanto riguarda rischi ed eventuali complicazioni cui posso incorrere. Mi è stato concesso un tempo ragionevole per la riflessione, in seguito alla quale dichiaro di non avere ulteriori domande, di essere completamente d'accordo e consapevole della necessità di questo esame per la mia salute e di sottopormi volontariamente all'indagine radiologica in oggetto.

Presa visione delle informazioni relative all'indagine in oggetto:

☐ **accetto l'indagine proposta** ☐ **rifiuto l'indagine proposta**

Luogo e data, _____

Firma del/la Paziente
(o del rappresentante legale)

Firma del Medico
