



ANFORDERUNG RADIOLOGISCHE SCHMERZTHERAPIE (Facettenblockade, PRT, ISG-Blockade)

DIAGNOSE:

.....

OPERATIONSDATEN:

DERZEITIGE MEDIKAMENTÖSE BEHANDLUNG:

OP-Indikation klinisch ausgeschlossen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Bilder im PACS	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Fremdbilder	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

<input type="radio"/> DIAGNOSTIK	<input type="radio"/> FACETTENGELLENKE
<input type="radio"/> THERAPIE	<input type="radio"/> RADIX
	<input type="radio"/> ISG

Geplante Sitzungen 1 2 4 6 andere Anzahl:

WIEDERVORSTELLUNG Neurochirurgie Ambulanz TERMIN

andere Ambulanz..... TERMIN

Datum: Unterschrift:

Patientenaufklärung Facettenblockade/periradikuläre Therapie/ISG-Blockade

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieses Merkblatt soll Sie informieren über den bei Ihnen vorgesehenen ärztlichen Eingriff. Wir möchten Sie hierbei auf diesem Weg vorab über die Vorgehensweise und mögliche Risiken allgemein aufklären. In einem persönlichen Gespräch wird die Ärztin/der Arzt anschließend ausführlicher auf Ihre Situation eingehen.

Ablauf des Eingriffs

Bei der Facettenblockade werden Medikamente um das Wirbelgelenk gespritzt, um dadurch Schmerzlinderung zu bewirken. Bei der periradikulären Therapie (PRT) spritzt man das Medikament um die Nervenwurzel, um den entsprechenden Nerven zu betäuben. Bei der ISG-Blockade werden die Medikamente an die Kreuzbein-Darmbein-Gelenke (Iliosakralgelenke, ISG) gespritzt. Die Medikamente wirken zwar nur eine begrenzte Zeit, vielfach durchbricht man damit jedoch durch den Eingriff einen Teufelskreis und erzielt anhaltende Linderung.

Zunächst fertigt man zur Planung des Eingriffs einige wenige computertomographische Schichten an. Dann wird - nach Desinfektion der Haut - eine dünne Nadel millimetergenau an die entsprechende Stelle in Ihrem Körper vorgeschoben. Dadurch, dass dies unter computertomographischer Sicht erfolgt, ist gewährleistet, dass das umgebende Gewebe möglichst wenig geschädigt wird. Liegt die Nadel richtig, wird i.d.R. nach einer Probeinjektion von Kontrastmittel das Medikament eingespritzt. Wichtig ist, dass Sie während des ganzen Eingriffs möglichst ruhig liegen. Ein gezieltes Vorgehen kann nämlich unmöglich werden, wenn sich der Patient zu sehr bewegt. Das Verschieben der Nadel kann unangenehm sein. Bitte melden Sie sich, wenn Sie Schmerzempfindungen haben, die von der Einstichstelle in andere Körperregionen ausstrahlen oder wenn Sie Störungen Ihres Allgemeinbefindens haben.

Risiken und Komplikationen

Wie fast alle ärztlichen Eingriffe, ist auch die vorgesehene Behandlung nicht völlig ohne Risiken. Es ist unsere Pflicht, Sie auch auf selten vorkommende Ereignisse hinzuweisen. Grundsätzlich ist es, wie bei praktisch jedem ärztlichen Eingriff, denkbar, dass durch eine Verkettung ungünstiger Umstände lebensbedrohliche Folgezustände oder Pflegebedürftigkeit entstehen könnten. Dies ist aber äußerst selten. Typische und ebenfalls sehr seltene Komplikationen sind:

- Infektion an der Einstichstelle mit Entwicklung einer Vereiterung oder eines Abszesses.
- Gefäßverletzung, Bluterguss, u. U. mit der Notwendigkeit einer operativen Entlastung.
- Nervenverletzung, anhaltende Lähmungen, Gefühlsstörungen oder Missempfindungen und Schmerzen, Querschnittslähmung (Einzelfall).
- Austritt von Nervenwasser („Liquor“). Dies kann Kopfschmerzen verursachen und eine 24-stündige Bettruhe erforderlich machen.
- Kreislaufregulationsstörungen, allergischer Herz-Kreislauf-Schock, Unverträglichkeit auf ein Medikament bzw. Kontrastmittel mit Hautausschlag oder Niesreiz, sehr selten sind Anschwellen der Kehlkopfschleimhaut, Übelkeit oder Asthmaanfälle zu beobachten. Ein Kontrastmittelbedingter Herz-Kreislaufschock ist äußerst selten, dadurch bedingte Todesfälle werden mit modernen Kontrastmitteln praktisch nicht mehr beobachtet (1: 500 000).
- Bei Patienten mit einer Überfunktion der Schilddrüse führt die Gabe des jodhaltigen Kontrastmittels zu einer u. U. lebensgefährlichen Stoffwechsellentgleisung (Herzjagen, Herzstolpern, Schwitzen, Bewusstseinsstörungen).

Vor dem Eingriff und während des Eingriffs

Für die Untersuchung brauchen Sie nicht nüchtern zu sein. Bitte suchen Sie unmittelbar vor dem Eingriff nochmals die Toilette auf. Während der Untersuchung wird Ihnen der Arzt alles Notwendige erklären.

Nach dem Eingriff

Wurde bei Ihnen ein örtliches Betäubungsmittel eingespritzt, können neben der erwünschten Schmerzlinderung ausstrahlende Pelzigkeit oder Lähmungserscheinungen folgen. Der Arzt wird Ihnen nach dem Eingriff sagen, bis zu welchem Ausmaß eine solche Beobachtung normal ist und ab wann Sie ärztlichen Rat suchen sollten. **Nach dem Eingriff dürfen Sie für 24 Stunden nicht mehr Auto fahren oder Tätigkeiten ausüben, bei denen Sie sich oder Andere gefährden könnten!**

Bitte beantworten Sie uns noch folgende Fragen:

- Bei Frauen: Sind Sie schwanger? ja nein
- Besteht eine Unverträglichkeit gegen Pflaster, Kontrastmittel oder örtliche Betäubungsmittel? ja nein
- Haben Sie eine
 - Neigung zu Blutungen oder Blutergüssen? ja nein
 - Infektionskrankheit (Hepatitis/Leberzellentzündung, AIDS/HIV)? ja nein
- Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein? ja nein
- Sind Sie zuckerkrank? ja nein
- Haben Sie eine
 - Überfunktion der Schilddrüse? ja nein
 - Schädigung der Niere? ja nein

Hier ist noch Raum für Ihre Fragen, Notizen oder für Erklärungen des Arztes:

.....
.....
.....
.....

Bitte bedenken Sie bei Ihrer Entscheidung, dass unsere Empfehlung für den Eingriff nach sorgfältiger Abwägung des Für und Wider ausgesprochen wurde und alle Möglichkeiten ausgeschöpft sind, mit weniger Aufwand und Risiko ein für Sie gleichwertiges Ergebnis zu erzielen.

Ich habe die Aufklärung verstanden, bin ausreichend informiert worden, habe keine weiteren Fragen und willige nach ausreichender Bedenkzeit ein.

Fulda, den..... Datum Unterschrift des Patienten

..... Unterschrift des Arztes evtl. Unterschrift eines Zeugen

Ich bestätige den Erhalt einer Kopie dieses Aufklärungsscheins.

Ich verzichte auf eine Kopie dieses Aufklärungsscheins, auch wenn dieses für mich rechtliche Nachteile haben könnte.

..... Datum

..... Unterschrift

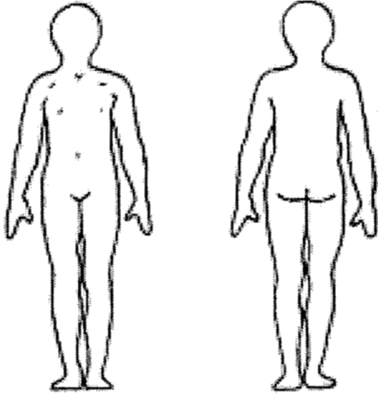
1.Sitzung

Datum:.....

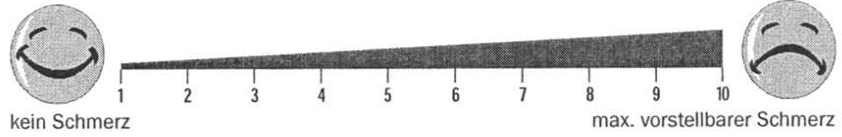
Behandlung:.....

Patientenangaben

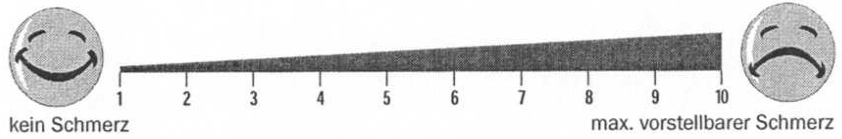
Zeichnen Sie ein, wo Sie ihre aktuell zu behandelnden Schmerzen empfinden



Wie stark stufen Sie Ihre Schmerzen vor der jetzigen Behandlung ein ?



Wie stark stufen sie den Schmerz jetzt ca. 15 Minuten nach Therapie ein ?



Ärztliche Vermerke.....
.....
.....

Procedere.....
.....

Unterschrift Arzt.....

2.Sitzung

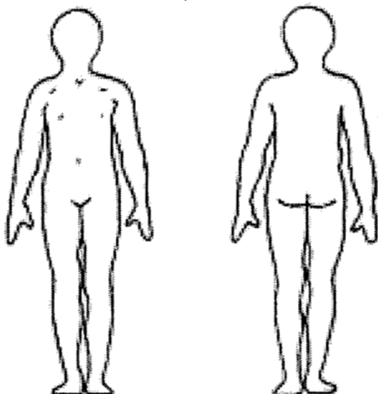
Datum:.....

Patientenangaben Hat die letzte Behandlung geholfen ?.....

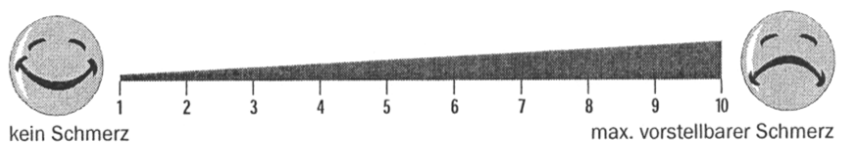
Wie lange hatten sie Beschwerdelinderung ?.....

Behandlung:..... wie bisher
 Änderung

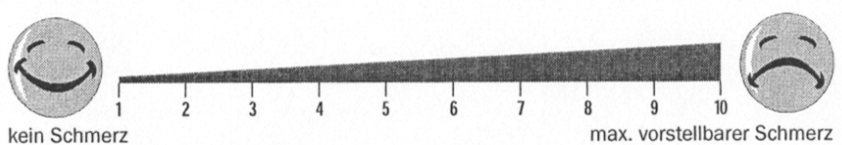
Zeichnen Sie ein, wo Sie ihre aktuell zu behandelnden Schmerzen empfinden



Wie stark stufen Sie Ihre Schmerzen vor der jetzigen Behandlung ein ?



Wie stark stufen sie den Schmerz jetzt ca. 15 Minuten nach Therapie ein ?



Ärztliche Vermerke.....
.....
.....

Procedere.....
.....

Unterschrift Arzt.....

3. Sitzung

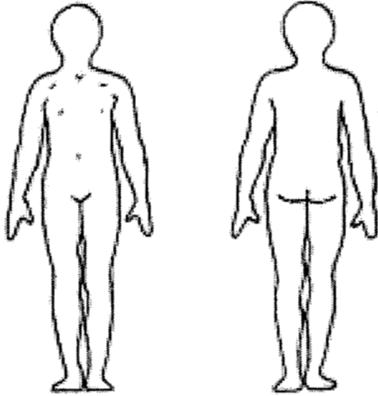
Datum:.....

Patientenangaben Hat die letzte Behandlung geholfen ?.....

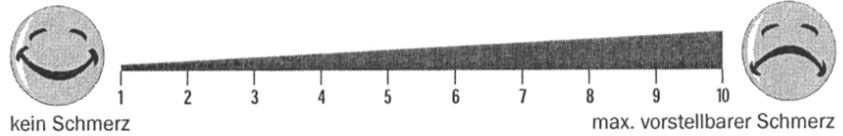
Wie lange hatten sie Beschwerdelinderung ?.....

Behandlung:..... wie bisher
 Änderung

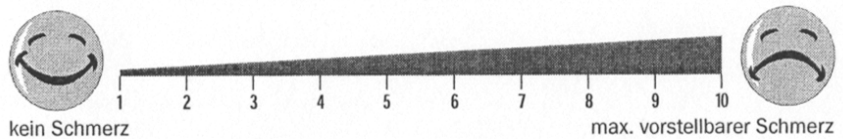
Zeichnen Sie ein, wo Sie ihre aktuell zu behandelnden Schmerzen empfinden



Wie stark stufen Sie Ihre Schmerzen **vor** der jetzigen Behandlung ein ?



Wie stark stufen sie den Schmerz jetzt ca. 15 Minuten **nach** Therapie ein ?



Ärztliche Vermerke.....
.....
.....

Procedere.....
.....

Unterschrift Arzt.....

4. Sitzung

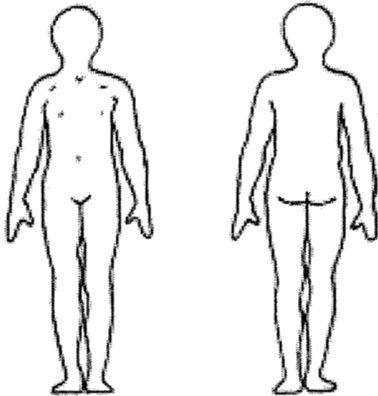
Datum:.....

Patientenangaben Hat die letzte Behandlung geholfen ?.....

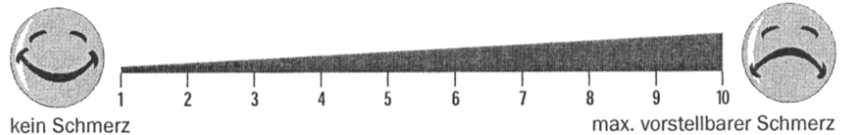
Wie lange hatten sie Beschwerdelinderung ?.....

Behandlung:..... wie bisher
 Änderung

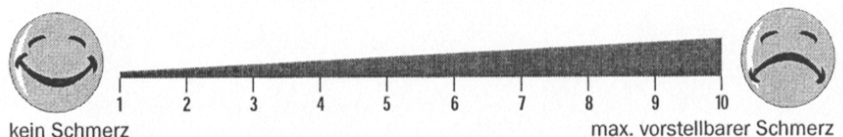
Zeichnen Sie ein, wo Sie ihre aktuell zu behandelnden Schmerzen empfinden



Wie stark stufen Sie Ihre Schmerzen **vor** der jetzigen Behandlung ein ?



Wie stark stufen sie den Schmerz jetzt ca. 15 Minuten **nach** Therapie ein ?



Ärztliche Vermerke.....
.....
.....

Procedere.....
.....

Unterschrift Arzt.....

5.Sitzung

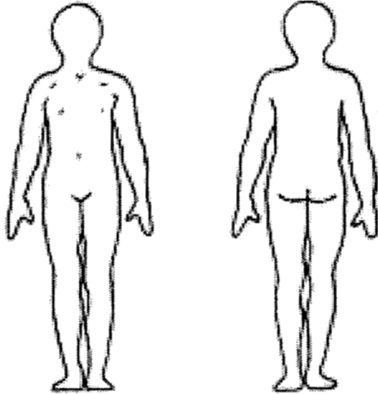
Datum:.....

Patientenangaben Hat die letzte Behandlung geholfen ?.....

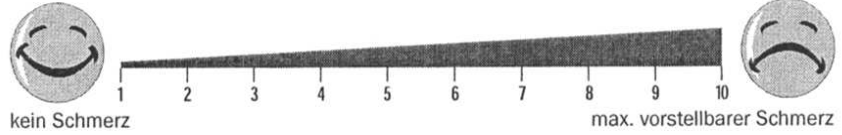
Wie lange hatten sie Beschwerdelinderung ?.....

Behandlung:..... wie bisher
 Änderung

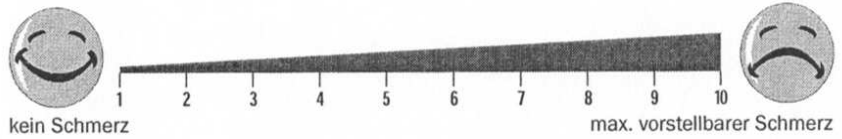
Zeichnen Sie ein, wo Sie ihre aktuell zu behandelnden Schmerzen empfinden



Wie stark stufen Sie Ihre Schmerzen **vor** der jetzigen Behandlung ein ?



Wie stark stufen sie den Schmerz jetzt ca. 15 Minuten **nach** Therapie ein ?



Ärztliche Vermerke.....
.....
.....

Procedere.....
.....

Unterschrift Arzt.....

6.Sitzung

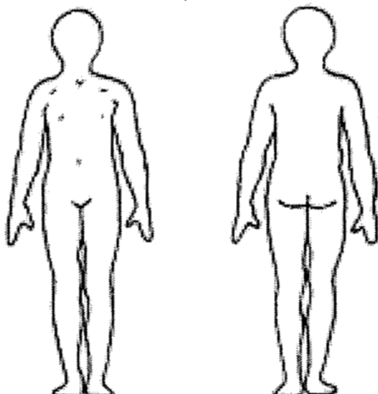
Datum:.....

Patientenangaben Hat die letzte Behandlung geholfen ?.....

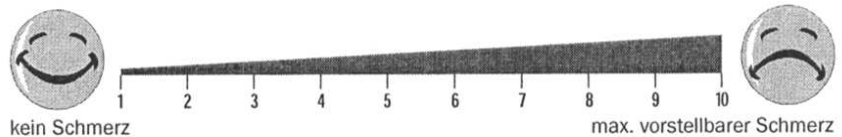
Wie lange hatten sie Beschwerdelinderung ?.....

Behandlung:..... wie bisher
 Änderung

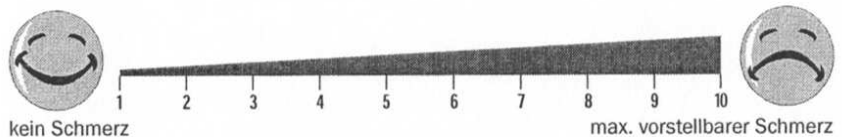
Zeichnen Sie ein, wo Sie ihre aktuell zu behandelnden Schmerzen empfinden



Wie stark stufen Sie Ihre Schmerzen **vor** der jetzigen Behandlung ein ?



Wie stark stufen sie den Schmerz jetzt ca. 15 Minuten **nach** Therapie ein ?



Ärztliche Vermerke.....
.....
.....

Procedere.....
.....

Unterschrift Arzt.....

7.Sitzung

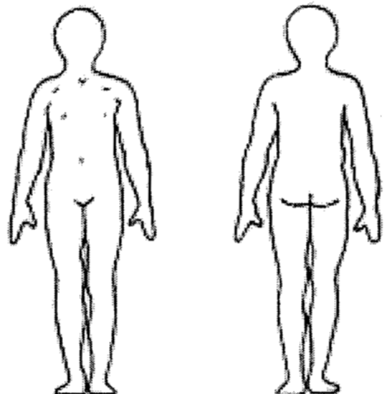
Datum:.....

Patientenangaben Hat die letzte Behandlung geholfen ?.....

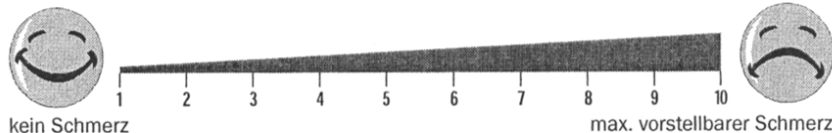
Wie lange hatten sie Beschwerdelinderung ?.....

Behandlung:..... wie bisher
 Änderung

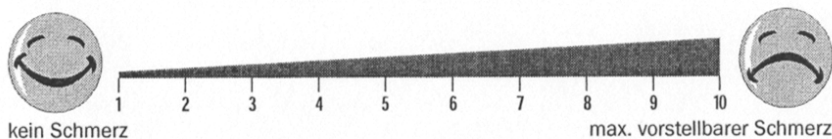
Zeichnen Sie ein, wo Sie ihre aktuell zu behandelnden Schmerzen empfinden



Wie stark stufen Sie Ihre Schmerzen **vor** der jetzigen Behandlung ein ?



Wie stark stufen sie den Schmerz jetzt ca. 15 Minuten **nach** Therapie ein ?



Ärztliche Vermerke.....
.....
.....

Procedere.....
.....

Unterschrift Arzt.....

8.Sitzung

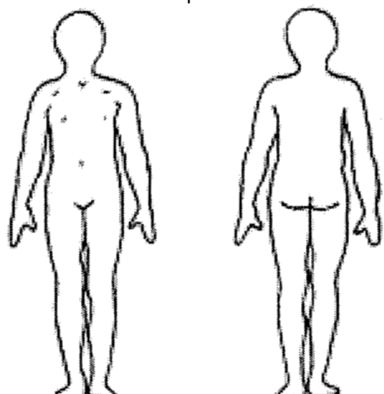
Datum:.....

Patientenangaben Hat die letzte Behandlung geholfen ?.....

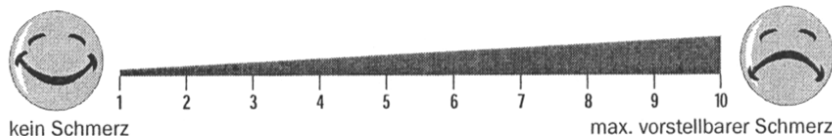
Wie lange hatten sie Beschwerdelinderung ?.....

Behandlung:..... wie bisher
 Änderung

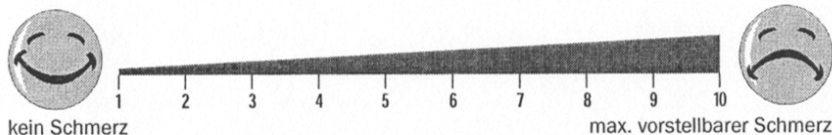
Zeichnen Sie ein, wo Sie ihre aktuell zu behandelnden Schmerzen empfinden



Wie stark stufen Sie Ihre Schmerzen **vor** der jetzigen Behandlung ein ?



Wie stark stufen sie den Schmerz jetzt ca. 15 Minuten **nach** Therapie ein ?



Ärztliche Vermerke.....
.....
.....

Procedere.....
.....

Unterschrift Arzt.....