

Schmerztherapie Computertomographie (CT) - gesteuert

Patienteninformationsblatt

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

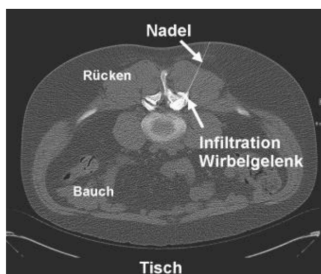
Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sind an unserem Institut für eine CT-gesteuerte Schmerztherapie angemeldet.

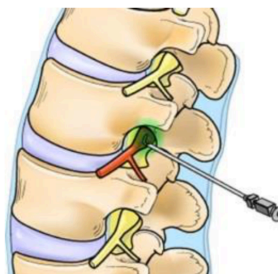
Dies ist eine gezielte Behandlung von Schmerzen am Ort des Geschehens. Mit der CT können Nerven, Blutgefässe und anderes Körpergewebe exakt dargestellt werden. Auch die im Rahmen der Schmerztherapie eingesetzten Instrumente sind im Bild genau zu erkennen und zu kontrollieren. Diese Technik garantiert eine hochpräzise und sichere Ausführung der Schmerztherapie.

Die Behandlung

Zur Behandlung liegen Sie sich in Bauch- oder Seitenlage auf dem CT-Untersuchungstisch. Der zu behandelnde Abschnitt des Körpers wird mit dem CT genau lokalisiert. Für einen zügigen Ablauf ist es sehr wichtig, dass sie sich während der gesamten Zeit nicht bewegen. Nach gründlicher Hautdesinfektion, wird eine sehr dünne Behandlungsnadel eingelegt und deren korrekte Lage kontrolliert. Danach erfolgt die Einspritzung der Medikamente. Meist wird hier bei ein lokales Betäubungsmittel in Kombination mit einem lokal wirksamen Kortison-Präparat verwendet.



CT-Querschnitt der Wirbelsäule



Achtung: Durch das lokale Betäubungsmittel kann die Muskelkraft z.B. in den Beinen für mehrere Stunden beeinträchtigt werden. Sie dürfen deshalb in dieser Zeit keine gefährlichen Maschinen bedienen und insbesondere auch nicht selbst Autofahren.

Erfolgsaussichten

Häufig ist bereits nach der ersten Behandlung eine deutliche Besserung festzustellen. Falls diese erste Behandlung den gewünschten Erfolg noch nicht zufriedenstellend erzielen konnte, ist es problemlos möglich, die Behandlung ggf. auch mehrfach, in definierten Zeitintervallen, zu wiederholen.

Welche Körperabschnitte können behandelt werden?

Gelenksinfiltration

Medikamente werden direkt in ein Gelenk oder in dessen Nähe gespritzt, z.B. bei Arthrose oder Entzündungen.

Periradikuläre Therapie (PRT)

Medikamente werden direkt an einen Nerv oder in dessen Nähe gespritzt, z.B. bei Nervenwurzel-Kompression durch einen Bandscheibenvorfall.

Epidurale Infiltration

Medikamente werden direkt in den Wirbelkanal gespritzt, z.B. bei Spinalkanalstenosen in der lumbalen Wirbelsäule (LWS).

Mögliche Komplikationen und Nebenwirkungen

- Unerwünschte Nebenwirkungen wie z.B. Juckreiz oder Übelkeit bei der Injektion von Betäubungs- und Schmerzmitteln können vor allem bei Überempfindlichkeiten (Allergien) auftreten. Deshalb ist das sorgfältige Ausfüllen des Fragebogens wichtig.
- Selten kommt es zu Kreislaufreaktionen wie Blutdruckabfall oder Verlangsamung des Herzschlages, die sich aber meist schnell beheben lassen.
- Blutergüsse und Infektionen im Bereich der Einstichstelle sind sehr selten, können aber unter Umständen, wenn sie ein grösseres Ausmass annehmen, eine Operation nach sich ziehen. Bleibende Lähmungen oder Schäden als Folge von Blutergüssen, Entzündungen oder Nervenverletzungen sind extrem selten.
- Sollte das Betäubungsmittel bei Behandlungen an der Wirbelsäule in den Wirbelkanal gelangen, kann dies zu Gefühlsstörungen und Kraftverlust in den Armen oder der ganzen unteren Körperhälfte führen. Dies kann bis zu 6 Stunden andauern, ebenso lange, wie das lokale Betäubungsmittel wirkt. Dauerhafte Lähmungen sind extrem selten.

Für weitere Fragen steht Ihnen unser Fachpersonal gerne zur Verfügung.

Ihr Wohlbefinden ist uns wichtig!

Schmerztherapie Computertomographie (CT) – gesteuert

Patientenfragebogen

Damit wir möglichen Risiken besser vorbeugen können, beantworten Sie bitte sorgfältig die folgenden Fragen:

	JA	NEIN
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? z.B. Marcoumar®, Aspirin®, Xarelto®, Eliquis®, oder andere.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind bei Ihnen Allergien bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde Ihnen bereits Kontrastmittel verabreicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, haben Sie das Kontrastmittel gut und ohne Nebenwirkungen vertragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen bei Ihnen Herz-Kreislaufkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter häufigem Nasenbluten, Blutergüssen auch ohne Verletzung bzw. leichter Berührung oder einer Gerinnungsstörung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Könnten Sie schwanger sein oder stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon eine Schmerztherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie sind über eine eingeschränkte Fahrtüchtigkeit nach der Infiltration aufgeklärt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich habe die Patienteninformation und die Fragen verstanden, nach bestem Wissen beantwortet und bin mit der Durchführung der Schmerztherapie einverstanden.

Datum, Ort

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Ärztin/Arzt