

Radiologie
Kantonsspital Nidwalden
Ennetmooserstrasse 19
CH-6370 Stans
T +41 (0)41 618 17 61
F +41 (0)41 618 17 69
radiologie@ksnw.ch
www.ksnw.ch

Patienteninformationen

Untersuchung mit intravenöser Kontrastmittelgabe

Ihr Arzt hat Röntgenaufnahmen oder eine Computertomographie angeordnet. Vor oder während den Aufnahmen verabreichen wir ein röntgendichtes Kontrastmittel in eine Vene, um die Untersuchung durchführen zu können. Bei Untersuchungen des Bauches kann ein Einlauf mit Kontrastmittel notwendig sein.

Kontrastmittel helfen, krankhafte Prozesse von normalem Gewebe zu unterscheiden und ermöglichen die Funktionen gewisser Organe zu beurteilen. Die Kontrastmittel sind in der Regel sehr gut verträglich, sie können aber ein Wärmegefühl verursachen.

In ganz wenigen Fällen kann eine allergische Reaktion auftreten. Dies tritt meistens schon während der ersten halben Stunde nach der Verabreichung ein.

Schwere behandlungsdürftige Reaktionen sind äusserst selten. Sollten Sie nach dem verlassen des Instituts eine ungewöhnliche Hautreaktion oder Kreislauf / Atemstörungen verspüren, melden Sie sich bitte bei Ihrem Hausarzt oder im Spital.

Sie werden 30 Minuten nach dem Untersuch bei uns bleiben. Es ist eine Empfehlung und zu Ihrem Wohl werden wir uns daran halten.

Nach der Untersuchung sollten Sie möglichst viel trinken, damit ihr Körper das Kontrastmittel schnell über die Nieren ausscheiden kann.

Leiden Sie an einer oder mehreren der folgenden Krankheiten?

Bitte kreuzen Sie dies an, denn möglicherweise dürfen Sie kein Kontrastmittel erhalten oder Sie benötigen vorgängig ein Medikament zu Ihrem Schutz.

- | | | |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Jodallergie | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Andere Allergien | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Schwere Nierenkrankheiten | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Überfunktion Schilddrüse | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Diabetiker / in | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welches Medikament? | | |
| Schwangerschaft | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie Raucher, oder ehemaliger? Wenn ja, wie viele Jahre? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Grösse: _____ Gewicht: _____

Haben Sie Fragen, welche diese Untersuchungen betreffen? Die Fachperson für medizinisch technische Radiologie beantwortet Ihnen diese Fragen gerne vor der Untersuchung.

Datum _____ Unterschrift Patient _____

Unterschrift MTRA _____