

Patienteninformation

MR/CT-Arthrographie

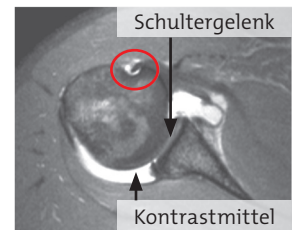
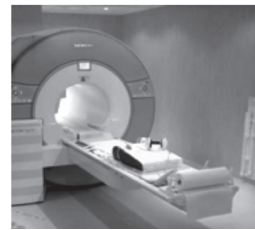


MERIAN ISELIN

Radiologie

Erklärung zur Untersuchung

Bei einer Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT) werden in einem starken Magnetfeld Schnittbilder des Körperinnern erzeugt. Bei einer MR-Arthrographie wird unmittelbar vor der MRT-Untersuchung unter Röntgenkontrolle Kontrastmittel in das zu untersuchende Gelenk gespritzt.



Untersuchungsablauf

Arthrographie

Der Arzt führt eine dünne Nadel durch die Haut und Weichteile bis in den Innenraum des Gelenks vor (z.B. Hüft-, Knie-, Schultergelenk) durch die er dann das Kontrastmittel injiziert.

MRT

Die Untersuchung erfolgt meist in Rücken- oder Bauchlage. Sollten Sie zu Platzangst neigen, kann vorab ein Beruhigungsmittel verabreicht werden. Laute Klopfgeräusche während der Untersuchung sind völlig normal. Sie erhalten deshalb auch Ohrstöpsel und/oder Kopfhörer. Die Untersuchung dauert ca. 45 Minuten. In dieser Zeit sollten Sie Körperbewegungen vermeiden, denn sie führen zu Bildstörungen. Während der ganzen Untersuchung stehen Sie mit unserem Fachpersonal in Kontakt.

CT

Alternativ zur MRT-Untersuchung kann unter bestimmten Umständen eine CT-Arthrographie durchgeführt werden.

Komplikationen

Arthrographie

Die Arthrographie ist ein risikoarmes diagnostisches Verfahren. Trotz größter Sorgfalt kann es in Einzelfällen zu Komplikationen kommen, die in aller Regel gut beherrschbar sind, im Extremfall aber auch schwerwiegend verlaufen können. Zu nennen sind:

- Vorübergehendes **Druckgefühl** und/oder **Schmerzen** des Gelenks
- Selten kleine **Blutergüsse** an der Punktionsstelle
- Selten **Gelenksinfektion** und **Gelenkserguss**
- Sehr selten allergische Reaktionen auf das Kontrast- oder Betäubungsmittel
- Extrem selten Haut-, Weichteil-, und Nervenschäden an der Einstichstelle

MRT

- Kurzzeitiger Schwindel
- Sehr selten Hautreizungen bis zu Verbrennungen, in erster Linie durch metallhaltige Farbstoffe (z.B. in Tätowierungen und Permanent-Make-up) oder Piercing

Bitte unbedingt beachten

- Metallteile wie Schmuck, Piercing, Zahnspangen, herausnehmbare Gebisssteile, Hörgeräte, Haarspangen, Uhren, Münzen, Kugelschreiber, Feuerzeug, Portemonnaie, Kreditkarten, elektronische Geräte und ähnliches müssen vor der Untersuchung abgelegt werden.
- Wenn für die Untersuchung ein Beruhigungsmittel verabreicht werden muss, dürfen Sie für 24 Stunden keine Fahrzeuge steuern oder Maschinen bedienen.

Fragen zur Arthro-MR-Untersuchung

- Tragen Sie einen Herzschrittmacher, Neurostimulator oder eine Medikamentenpumpe? Nein Ja
- Wurden Sie am Herzen oder Kopf operiert? (z. B. Herzklappenoperation, Gefässoperation, Liquorshunt?) Wenn ja, was? Nein Ja
- Tragen Sie ein Hörgerät / Cochleaimplantat? Nein Ja
- Tragen Sie eine Zahnprothese? Nein Ja
- Tragen Sie einen Zahnersatz mit magnetischen Knöpfen? Nein Ja
- Haben Sie Metall im Körper? (Stent, Prothesen, Schrauben, OP-Clip) Wenn ja, wo und was? Nein Ja
- Hatten Sie eine Metallsplitterverletzung? (z. B. am Auge, Schussverletzung) Wenn ja, ist der Splitter ärztlich entfernt worden? Nein Ja
- Tragen Sie heute ein Medikamentenpflaster? (Hormonpflaster) Nein Ja
- Tragen Sie Permanent-Make-up, oder sind Sie tätowiert? Nein Ja
- Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? Nein Ja
- Stillen Sie? Nein Ja
- Haben Sie Platzangstgefühle? Nein Ja
- Besteht bei Ihnen eine Allergie oder Überempfindlichkeit? Wenn ja, welche Substanzen? Nein Ja
- Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? Nein Ja
- Liegt/lag bei Ihnen eine Schilddrüsenüberfunktion vor? Nein Ja
- Traten bei früheren Untersuchungen mit Kontrastmittel Probleme auf? Nein Ja
- Wurde bei Ihnen schon einmal eine Computertomographie (CT) oder Magnetresonanztomographie (MRT) der gleichen Körperregion durchgeführt? Nein Ja
- Wann ist Ihr nächster Arzttermin?

Anmerkungen (Risiken, Nebenwirkungen, Nachteile)

Einwilligungserklärung

Über die geplante Untersuchung hat mich Frau/Herr _____ in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle wichtigen Fragen stellen. Ich habe keine weiteren Fragen. Ich willige hiermit in die geplante Untersuchung ein.

Name:	Geburtsdatum:
Vorname:	Gewicht: Grösse:
Datum:	Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter:

Datum:

Unterschrift Arzt: