



Merkblatt zum ärztlichen Aufklärungsgespräch für eine endoskopisch retrograde Darstellung der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse (ERCP)

Weshalb diese Untersuchung?

Damit lassen sich gewisse Erkrankungen der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse erkennen und v.a. gleichzeitig behandeln.

Weshalb dieses Merkblatt?

Wir möchten Sie vorgängig über den Ablauf des Eingriffs und die Risiken informieren. Sie können sich Fragen zum Voraus notieren. Bringen Sie bitte das Merkblatt zum Gespräch mit.

Wie läuft der Eingriff ab?

Nach dem Spritzen eines Schlafmittels über einen Venenkatheter wird ein bewegliches Instrument durch Mund, Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm bis zur Mündung der Gallenwege und des Bauchspeicheldrüsenganges eingeführt. Anschliessend können in diese ein Kontrastmittel eingespritzt und geröntgt werden. Sie werden nach der Untersuchung einige Stunden überwacht, evtl. im Spital behalten. Kommen Sie deshalb in Begleitung.

Welche ergänzenden Eingriffsmöglichkeiten bestehen?

- Die Gangöffnung kann mit einem kleinen Schnitt erweitert werden, gleichzeitig können Gallensteine aus den Gallenwegen entfernt werden.
- Es kann ein Röhrchen zur Verbesserung des Galle- Abflusses eingelegt werden. Sie erhalten dann möglicherweise ein Antibiotikum.

Welche Risiken sind mit der Untersuchung bzw. dem Eingriff verbunden?

Komplikationen sind selten. Es kann zu einer Blutung, einer Entzündung der Bauchspeicheldrüse oder andern Infekten kommen. In sehr seltenen Fällen hat dies eine Operation zur Folge.

Wie verhalte ich mich nach dem Eingriff?

Ein paar Stunden kann ein Druckgefühl im Bauch bestehen bleiben. Treten zunehmende Schmerzen und/oder Fieber, evtl. mit Schüttelfrost, oder wiederholtes Erbrechen auf, informieren Sie unverzüglich uns oder Ihren Hausarzt oder Ihr nächstes Spital.

Wie können Sie mithelfen das Komplikationsrisiko gering zu halten?

Indem Sie die Anweisungen zur Vorbereitung genau befolgen und ergänzend untenstehende Fragen vollständig beantworten:

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente / Blutverdünnung?

0 ja 0 nein

Chefärzte

Prof. Dr. M. von Flüe
Viszeralchirurgie
Prof. Dr. M. Heim
Gastroenterologie/
Hepatologie

Gastroenterologie/ Hepatologie

Chefärzte Stv.
Standort USB
Prof. Dr. L. Degen
Standort SCS
PD Dr. M. Thumshirn
(Chefärztin a.p.)
Dr. M. Manz

Leitende Ärzte

Prof. Dr. J. H. Niess
PD Dr. P. Hruz
Dr. M. Sauter

Viszeralchirurgie

Chefärzte Stv.
Standort SCS
PD Dr. M. Bolli
Standort USB
Prof. Dr. Ch. Kettelhack
Forschung
Prof. Dr. R. Peterli

Leitende Ärzte

Prof. Dr. O. Kollmar
PD Dr. T. Delko
PD Dr. D. Steinemann
Dr. B. Kern

Forschung

Prof. Dr. R. Peterli
Prof. Dr. M. Heim
Prof. Dr. J. H. Niess

Wund- und Stomatherapie

Dr. M.O. Guenin

Pflege Endoskopie

É. Pflimlin

Amb. Case Management

N. Simon

Haben Sie in den letzten Tagen Aspirin, Alcacyl, Tiatral oder ähnliche Grippe- bzw. Schmerzmittel genommen?

0 ja **0 nein**

Besteht eine vermehrte Blutungsneigung (auch bei kleinen Verletzungen)?

0 ja **0 nein**

Besteht eine Allergie auf bestimmte Medikamente?

0 ja **0 nein**

Wenn ja, welche?: _____

Sind Sie Diabetiker/In?

0 ja **0 nein**

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

0 ja **0 nein**

Haben Sie lockere Zähne, eine Zahnprothese oder eine Zahnkrankheit?

0 ja **0 nein**

Für Frauen: Sind Sie schwanger oder besteht bei Ihnen die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

0 ja **0 nein**

Ich, die/der Unterzeichnende habe von diesem Merkblatt Kenntnis genommen und wurde durch die/den Ärztin/Arzt über Ablauf und Risiken der Untersuchung bzw. des Eingriffs in verständlicher Weise aufgeklärt. Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden. Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden.

Ort / Datum

Unterschrift Patientin

Unterschrift Ärztin/Arzt
