

Informationen zur Sigmoidoskopie/Rektoskopie

Bitte erscheinen Sie 30 Minuten vor Ihrem Termin und melden sich in der Rezeption von der Endoskopie an

Welche Unterlagen müssen Sie zu Ihrem Termin mitbringen?

- Die Ordonnance/Verschreibung für eine Sigmoidoskopie, unterzeichnet von Ihrem Arzt
- Ihre Sozialversicherungskarte
- Ihre Einverständniserklärung und Selbstauskunft, die Sie gelesen und unterschrieben haben

Was Sie vor der Koloskopie beachten müssen:

Asprine Asaflow Cardio-Aspirine Herz-Ass	kann fortgesetzt werden
Pradaxa Eliquis Xarelto Lixiana	Bitte fragen Sie Ihren Kardiologen oder Hausarzt
Aspirine + Plavix Brilique Sintrom Marcoumar	Bitte fragen Sie Ihren Kardiologen oder Hausarzt



Was ist eine Sigmoidoskopie/Rektoskopie?

Mit Hilfe eines biegsamen Schlauchs, der mit einer Minikamera ausgestattet ist, dem sogenannten Endoskop bzw. Koloskop, wird die innere Schleimhautschicht des letzten Abschnitts des Dickdarms untersucht.

Eine Sigmoidoskopie untersucht den sog. Krummdarm („Sigma“), die letzten ca. 35cm des Dickdarms.

Eine Rektoskopie bezieht sich auf die Untersuchung des letzten Darmschnitts („Rektum“) überhalb des Darmausgangs („Anus“)

Ziel dieser Untersuchung ist es, Läsionen, Blutungen oder entzündliche Veränderungen im untersuchten Bereich zu entdecken und ggf. Proben zu entnehmen oder Polypen zu entfernen.

Ablauf der Untersuchung

Während der Untersuchung liegen Sie auf der Seite oder auf dem Rücken. Das Endoskop wird über Ihren Anus eingeführt.

Die Sigmoidoskopie dauert etwa 10 Minuten. Ein Beruhigungsmedikament ist normalerweise nicht erforderlich. Während der Untersuchung wird CO₂ in das Innere des Darms gebracht, damit die Darmschleimhaut besser zu sehen ist.

Nach der Untersuchung kann die zurückgebliebene Luft im Darm vorübergehend zu einem aufgeblähten Bauch führen. Falls Sie nach der Untersuchung zu Hause Schmerzen verspüren,

setzen Sie sich bitte schnellstmöglich mit dem Arzt in Verbindung (2468-4080). Geschieht dies außerhalb der Öffnungszeiten, kontaktieren Sie bitte den Notdienst des diensthabenden Krankenhauses.

Falls Sie **keine** Sedierung zur Durchführung Ihrer Koloskopie erhalten haben, können Sie unmittelbar nach der Untersuchung nach Hause gehen und arbeiten.

Falls Sie ein Beruhigungsmittel, eine tiefe Sedierung oder eine Vollnarkose erhalten haben, dürfen Sie kein Fahrzeug führen. Sorgen Sie dafür, dass eine Begleitperson Sie nach Hause bringt.

Risiken und Komplikationen der Sigmoidoskopie/Rektoskopie

Jeder medizinische Eingriff kann zu Komplikationen führen, auch wenn er mit höchster Sorgfalt auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft vorgenommen wird.

Komplikationen bei einer Sigmoidoskopie sind extrem selten:

- Eine Darmperforation oder eine schwere Blutung sind die absolute Ausnahme und können generell endoskopisch behandelt werden. Selten bedarf es einer chirurgischen Notfallversorgung (Operation) oder Bluttransfusionen.
- Kardio-vaskuläre Beschwerden, Atembeschwerden oder eine Infektion sind als Komplikation möglich, bleiben jedoch die Ausnahme.

Alle aufgeführten Komplikationen treten in der Regel während oder direkt nach der Untersuchung auf, können sich aber selten auch noch mehrere Tage danach bemerkbar machen.

Sollten Blutungen, Bauchschmerzen, Fieber oder andere ungewöhnliche Symptome auftreten, auch mehrere Tage nach der Untersuchung, nehmen Sie so schnell wie möglich Kontakt mit dem Arzt auf, der Ihre Untersuchung durchgeführt hat oder begeben Sie sich in die Notaufnahme eines Krankenhauses.

Einverständnis

Sie werden gebeten eine Einverständniserklärung zu unterschreiben und vor der Untersuchung dem Endoskopiepersonal auszuhändigen. Mit dieser Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie zuvor die Informationen zur Sigmoidoskopie/Rektoskopie erhalten haben, ihnen die Risiken dieser Untersuchung bewusst sind, und dass Sie mit der Untersuchung einverstanden sind. Sie haben vor der Untersuchung die Möglichkeit, in einem Gespräch mit dem Arzt offene Fragen zu klären oder wichtige Informationen direkt mitzuteilen.

Medizinischer Fragebogen

Bitte bringen Sie diesen Fragebogen ausgefüllt zu Ihrer Untersuchung mit.

Name/ Vorname		Mobil-Tel.	
Matricule			
Kontaktperson		Mobil-Tel.	
Hausarzt			

<p>Haben Sie Allergien/Unverträglichkeiten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche?</p> <p>Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>ASS/Aspégic/Aspirin <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Clopidogrel/Plavix <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sintrom/Marcumar <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Xarelto/Eliquis/Pradaxa/Lixiana <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Andere:</p> <p>Haben Sie eine Herz- oder Lungenerkrankung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Künstliche Herzklappe? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Herzschrittmacher? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Chronische Bronchitis/COPD? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Andere Herzkreislauf- / Lungenerkrankungen? </p> <p>Sind Sie Raucher/-in? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Sind Sie an einer Infektionskrankheit erkrankt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>HIV/AIDS? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Hepatitis Typ _____? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Andere:</p>	<p>Haben Sie ein künstliches Gelenk? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welches Gelenk?</p> <p>Wurden Sie schon einmal am Bauch operiert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche Operation?</p> <p>Haben Sie einen erhöhten Augeninnendruck? (grüner Star/Glaukom) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Gibt es Familienangehörige mit Darmkrebs/Magenkrebs? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welches Familienmitglied und Alter bei Diagnose? </p> <p>Traten bei einer früheren Gastro-/Koloskopie Komplikationen auf? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche?</p> <p>Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? </p>
--	---

Ich habe das Informationsblatt zur geplanten Untersuchung aufmerksam gelesen und den Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt.