



Patientenaufklärungsbogen - Ausscheidungsurographie

Röntgenkontrastdarstellung der Nieren und ableitenden Harnwege (Pyelographie, IVP)

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Röntgenuntersuchung der Nieren und der ableitenden Harnwege mit Kontrastmittel ermöglicht dem Arzt die Ursache Ihrer Beschwerden (bzw. der Beschwerden Ihres Kindes) und krankhafte Veränderungen (z. B. Entzündungen oder Verengungen der ableitenden Harnwege, Nieren- oder Harnwegsteine, Tumore) feststellen zu können.

Wie erfolgt die Untersuchung?

Zunächst wird eine Röntgenuntersuchung des Bauch- und Beckenraums ohne Kontrastmittel (Leeraufnahme) angefertigt, um so bereits sichtbare Strukturen (z.B. kalkhaltige Nierensteine, Skelettveränderungen) zu erkennen. Danach wird das Kontrastmittel über eine Armvene gespritzt oder auch als Tropfinfusion verabreicht. Dieses Mittel gelangt über das Blut zu den Nieren und wird dort durch die ableitenden Harnwege ausgeschieden. Dadurch wird das Nierengewebe und das Nierenhohlraumsystem (Nierenkelche, Nierenbecken) sichtbar. Von dort gelangt es weiter in die Harnleiter und über diese in die Harnblase.

Die ersten Röntgenaufnahmen werden wenige Minuten nach Gabe des Kontrastmittels angefertigt, gefolgt von weiteren Aufnahmen innerhalb der nächsten 30 Minuten, in Ausnahmefällen auch später.

Je nach klinischer Fragestellung stehen **alternative Untersuchungsmethoden** zur Verfügung, wie z.B. eine Ultraschalluntersuchung, Computertomographie und die Kernspintomographie.

Ist mit Komplikationen zu rechnen?

Bei der Ausscheidungsurographie handelt es sich um ein Routineverfahren. Dennoch kann es trotz größter Sorgfalt während oder nach der Untersuchung vereinzelt zu lebensbedrohlichen Komplikationen kommen, überwiegend im Zusammenhang mit der Kontrastmittelgabe, die u. U. eine sofortige Behandlung erfordern.

Zu nennen sind:

- ein allgemeines Wärmegefühl, leichtes Unwohlsein oder leichte Schmerzen an der Einstichstelle während der Injektion des Kontrastmittels in die Vene
- leichte allergische Reaktionen (Überempfindlichkeitsreaktionen) auf Kontrastmittel, die sich z. B. als Brechreiz, Juckreiz oder Hautausschlag äußern. Sie klingen in den meisten Fällen von selbst wieder ab und bedürfen in der Regel keiner Behandlung
- **sehr selten** schwere allergische Reaktionen mit Schleimhautschwellung im Kehlkopf, Herz- oder Kreislaufversagen, Atemstörungen und Krämpfen (erfordern eine sofortige intensivmedizinische Behandlung und können infolge mangelnder Organdurchblutung zu bleibenden Schäden (z. B. Nierenversagen, Hirnschädigung, Krampfanfällen) führen)
- **extrem selten** kann es durch das Kontrastmittel bei schon vorab bestehenden Störungen der Niere bzw. der Schilddrüse zur Verschlechterung (bis hin zum Versagen) der Nierentätigkeit bzw. zur Überfunktion der Schilddrüse kommen (in den meisten Fällen sind diese Störungen durch Infusionen bzw. Medikamente behandelbar)

Bei modernen Röntgengeräten ist die Strahleneinwirkung für Erwachsene relativ gering, so dass Strahlenschäden nicht zu erwarten und auch lange Untersuchungszeiten oder wiederholte Untersuchungen möglich sind.

Bei Kindern und Jugendlichen sind jedoch Hautschäden oder ein erhöhtes Krebs- oder Leukämierisiko nicht vollständig auszuschließen, weshalb bei ihnen besonders strahlensparend untersucht wird.

Im Falle einer Schwangerschaft besteht das Risiko einer Schädigung des ungeborenen Kindes durch die Röntgenstrahlen.

Teilen Sie deshalb bitte dem Arzt unbedingt mit, falls Sie schwanger sind oder auch nur den Verdacht hegen!

Verhaltensweise

Am Tag vor der Untersuchung

- Bitte essen Sie am Tag vor der Untersuchung nichts Blähendes (Bohnen, Kohl, etc.)
- Nehmen Sie bitte das ggf. verordnete Abführmittel zwischen 14 und 15 Uhr ein. Beachten Sie bitte, dass Abführmittel die Wirkung von Antibaby-Pillen beeinträchtigen können und somit diesbezüglich u. U. kein Schutz mehr besteht.
- Beachten Sie bitte die Anordnungen des Arztes hinsichtlich der Flüssigkeitsaufnahme.
- **Metforminhaltige Präparate sind drei Tage vor der Untersuchung abzusetzen.**

Nach der Untersuchung

- Falls nicht anders angeordnet, sollten Sie nach der Untersuchung viel trinken (z. B. Mineralwasser, Säfte, Tee), damit das Kontrastmittel schnell über die Nieren ausgeschieden wird.
- Melden Sie bitte unverzüglich dem Arzt, wenn Sie während der Untersuchung und danach oder auch am folgenden Tag etwas Ungewöhnliches an sich bemerken oder wenn Sie sich plötzlich unwohl fühlen sollten (z. B. Schmerzen im punktierten Arm, Niesreiz, Juckreiz, Schwindel, Kopfschmerzen, Übelkeit oder andere körperliche Symptome)!

Um Gefahrenquellen oder in Ihrem Fall spezielle Risiken besser abschätzen zu können, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

Name, Vorname: Geb.-Datum: **Ja** **Nein**

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Haben Sie eine Nierenerkrankung bzw. Nierensteine? Wenn ja, was? Wurde operiert?
..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ist eine Prostata-Erkrankung bekannt?
..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Besteht/ bestand eine Krebserkrankung (Tumor)? Wenn ja wann, wo?
..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Wurde schon einmal eine Röntgenuntersuchung (einschließlich CT oder MRT) durchgeführt?
Wenn ja, was, wann, wo?
..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Kam es ggf. bei Untersuchungen mit Kontrastmittel zu Unverträglichkeitsreaktionen,
wie z. B. Kreislaufreaktionen, Schock, Hautausschlag oder Ähnlichem? Wenn ja, was?
..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Besteht eine Allergie oder Überempfindlichkeit? Wenn ja, was?
..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Haben Sie Diabetes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Haben/ hatten Sie ein Plasmozytom? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Liegt oder lag schon einmal eine Schilddrüsenfunktionsstörung vor? Wenn ja, welche?
..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Könnte bei Ihnen eine Schwangerschaft bestehen?
Letzte Menstruation (Periode) vom bis
Ausbleiben der Menstruation – warum?
<input type="checkbox"/> Total -OP <input type="checkbox"/> Spirale <input type="checkbox"/> Menopause <input type="checkbox"/> sonstiges | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Anmerkungen des Arztes:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Arztes

Schweigepflichtentbindungs- und Einwilligungserklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten und Befunde im Rahmen der Zweckbestimmung, unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen, an weiterbehandelnde Ärzte und Kliniken übermittelt werden dürfen. Diese Vollmacht gilt auch für von uns einzuholende Vorbefunde anderer Ärzte und Kliniken. Diese Erklärung kann jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen werden.

Ich habe den Inhalt dieses Informationsblattes gelesen und verstanden und versichere, alle Fragen sorgfältig beantwortet zu haben. Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich genügend informiert und willige in die geplante Untersuchung ein.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten

