

Patientenaufklärung

Mammapunktion

Die Biopsie der Brust (Mamma) ist eine ambulante Untersuchung. Sie dient zur Abklärung auffälliger Strukturen in der Brust. Eine dünne Biopsie-Nadel wird unter Ultraschallsicht durch die Haut gezielt bis an die zu untersuchende Stelle vorgeschoben. Die Gewebeprobe wird im Labor des Luzerner Kantonsspitals histologisch untersucht. Die Auswertung dauert in der Regel 3 – 5 Arbeitstage. Der Befund (histologischer Bericht) geht direkt an Ihre zuweisende Ärztin / Ihren zuweisenden Arzt. Das weitere Vorgehen können Sie mit Ihr / Ihm besprechen.

Sie werden von einer Radiologiefachfrau HF betreut. Die Biopsie wird von einer Radiologin/einem Radiologen durchgeführt. Nach erfolgter Lokalanästhesie (lokale Betäubung) werden die Gewebeproben schmerzarm entnommen. An der Punktionsstelle wird am Schluss ein kleiner Druckverband angebracht. Sie dürfen ihn noch am gleichen Tag abends entfernen. Durch Anfeuchten des Vliespflasters lässt es sich problemlos ablösen. Das darunterliegende wasserfeste Pflaster dürfen Sie am Folgetag nach dem Duschen entfernen.

Am Tag der Biopsie dürfen Sie keine schweren Tätigkeiten ausüben. Auf ein Bad oder Sport sollten Sie ebenfalls verzichten. Am Tag danach ist wieder alles erlaubt.

Vorübergehende kleine Unannehmlichkeiten wie leichte Schmerzen, kleine blaue Flecken an der Punktionsstelle etc. sind möglich aber harmlos und bedürfen meist keiner Behandlung. Bei geröteter, überwärmter, schmerzender Brust melden Sie sich bitte bei Ihrer zuweisenden Ärztin / Ihrem zuweisenden Arzt oder bei uns.

Um einen reibungslosen Untersuchungsablauf zu ermöglichen, benötigen wir Ihr Mitwirken und die Antworten auf folgende Fragen:

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

1. Hatten Sie früher schon eine Punktion an der Brust? Ja Nein

Wann/Wo zuletzt?
.....

2. Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel?..... Ja Nein

Wenn ja, welches?

3. Haben Sie das Blutverdünnungsmittel abgesetzt? Seit wann? Ja Nein

4. Haben Sie eine Allergie auf ein Lokalanästhetika? Ja Nein

Haben Sie andere Allergien? Wenn ja, welche?

5. Ist eine Infektionskrankheit bei Ihnen bekannt (Hepatitis, HIV+, TBC)? Ja Nein

Wenn ja, welche?.....

6. Leiden Sie aktuell an Atemwegssymptomen? Wenn ja, unter welchen? Ja Nein

.....

Ich habe keine weiteren Fragen und bin mit dem vorgesehenen Eingriff einverstanden.

Mit meiner Unterschrift gebe ich das Einverständnis, dass das Zuger Kantonsspital notwendige medizinische Informationen/Bilddaten bei Spitälern/Radiologie-Instituten/Ärztinnen/Ärzten, die in meine Behandlung einbezogen sind, einholen darf bzw. an diese weiterleiten darf.

Datum _____ **Unterschrift** _____

Das Formular wurde durch eine/n Vertreter/in ausgefüllt: _____