

Arthrografie

Vor der geplanten Arthrografie mit MRI- oder CT-Untersuchung wird eine Kontrastmittelinjektion in das zu untersuchende Gelenk vorgenommen. Die Injektion wird in einem Röntgen-Durchleuchtungsraum durchgeführt. Nach der Injektion bringen wir Sie ins MRI oder CT. Dort werden die eigentlichen diagnostischen Bilder aufgenommen.

Vorbereitung

Bitte schliessen Sie die Tür der Umkleidekabine zum Gang hin ab und legen Sie vor dem Betreten des Untersuchungsraums **Uhren, Schmuck und andere Wertsachen sowie Kreditkarten etc. mit Magnetstreifen** und andere Metallgegenstände wie **Schlüssel, Kleingeld, Haarnadeln** usw. ab. In der Umkleidekabine bitten wir Sie alles bis auf die Unterhosen und Socken auszuziehen und ein Patientenhemd anzuziehen.

Durchführung der Arthrografie

Die Injektion erfolgt in örtlicher Betäubung mit einer dünnen Nadel, direkt ins Gelenk. Zuerst wird eine geringe Menge Röntgen-Kontrastmittel injiziert, um die Injektionsstelle zu kontrollieren. Danach wird das MRI-/CT- Kontrastmittel ins Gelenk gespritzt. Während und nach der Einspritzung verspüren Sie möglicherweise ein Spannungsgefühl im Gelenk. Nach der Entfernung der Nadel wird ein Pflaster angelegt.

Vorübergehende Unannehmlichkeiten wie leichte Schmerzen, kleine Blutergüsse (blaue Flecken) an der Punktionsstelle etc. sind möglich aber harmlos und bedürfen meist keiner Behandlung.

Durchführung der MRT Untersuchung

Im Untersuchungsraum liegen Sie auf einem beweglichen Tisch, der sich langsam 1 bis 2 Meter in die etwa 60 Zentimeter grosse Öffnung des Gerätes fährt. Die Untersuchungsdauer kann bis zu einer Stunde betragen. Während der einzelnen Messzeiten, die jeweils bis zu 5 Minuten dauern können und in denen Sie ein lautes Klopfergeräusch hören, sollten Sie ruhig und entspannt liegen bleiben und sich nicht bewegen. Schon kleinste Bewegungen können zu einer schlechten Bildqualität führen. Gleichmässiges Atmen und gelegentliches Schlucken stören die Untersuchung nicht. Sie stehen unter ständiger Beobachtung durch das zuständige Fachpersonal für medizinisch-technische Radiologie (MTRA). Sollten Probleme auftreten, können Sie jederzeit Kontakt aufnehmen.

Nach der Untersuchung

- > Das betreffende **Gelenk** am Untersuchungstag **nicht belasten**
- > Die Beweglichkeit Ihres Gelenkes kann nach der Untersuchung eingeschränkt sein. Aus Sicherheitsgründen empfehlen wir Ihnen, danach **kein Fahrzeug zu lenken**.
- > Am Abend ist Duschen erlaubt aber **nicht Baden**
- > In seltenen Fällen kann es zu einer Gelenkinfektion/Gelenkentzündung kommen. Diese äussert sich durch Rötung, Schwellung bzw. Überhitzung im Bereich der Punktionsstelle. Sollte dies der Fall sein, dann suchen Sie bitte Ihren Arzt auf.

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Gewicht (kg) _____ Grösse (cm) _____

Beruf _____

Wir bitten Sie, die Fragen auf der nachfolgenden Seite gewissenhaft zu beantworten

Bitte, wenn Ja – Zutreffendes unterstreichen:

Bitte wenden 

1. War das zu untersuchende Gelenk früher entzündet oder verletzt?..... Ja Nein
2. Wurde bei Ihnen schon einmal eine bildgebende Untersuchung des jetzt zu untersuchenden Körperbereichs durchgeführt?..... Ja Nein
3. Traten bei früheren Röntgenuntersuchungen mit Kontrastmittel Probleme wie z.B. Kreislaufreaktionen, Hautausschlag oder Juckreiz auf?..... Ja Nein
4. Besteht eine Allergie (z.B. Heuschnupfen, Asthma) oder eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Nahrungsmittel, Pflaster, örtliche Betäubungsmittel?..... Ja Nein
5. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcoumar, Plavix, Aspirin, Xarelto)? Ja Nein
6. Ist eine Infektionskrankheit bei Ihnen bekannt (Hepatitis, HIV+, TBC)?..... Ja Nein
7. Sind Sie Träger eines **Herzschrittmachers** oder **Neurostimulators** oder tragen Sie ein anderes **medizinisches Gerät** im oder am Körper?..... Ja Nein
8. Tragen Sie eine herausnehmbare Zahnprothese?..... Ja Nein
Wird sie mit Magneten befestigt? Ja Nein
9. Befinden sich in Ihrem Körper Metallteile oder haben Sie grossflächige Tattoos? (z.B. Metallprothesen, Metallclips, Metallsplitter, Piercings)..... Ja Nein
10. Hatten Sie früher eine Metallsplitterschädigung des Auges? Ja Nein
11. Wurde der Splitter entfernt?..... Ja Nein
12. Sind Sie je an Herz oder Kopf operiert worden?..... Ja Nein
13. Tragen Sie ein Hörgerät? Ja Nein
14. Leiden Sie unter Platzangst? Ja Nein
15. Tragen Sie medizinische Pflaster?..... Ja Nein
16. Sind Sie schwanger? Ja Nein

Sollten Sie weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte an das zuständige Fachpersonal Radiologie.

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: _____