

# COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT)

Die Computertomographie (CT) ist eine spezielle Röntgenuntersuchung die Schichtaufnahmen des Körpers anfertigt. Dadurch können wichtige Informationen über die Lage von Krankheitsherden gewonnen werden.

Spezielle Untersuchungen erfordern eine **Kontrastmittelgabe** über die Armvene. Bei Fragen bezüglich des Kontrastmittels wenden Sie sich an das Fachpersonal oder scannen Sie den QR-Code. Beim Injizieren des Kontrastmittels kann es zu einem **Wärmegefühl oder zu einem bitteren Geschmack auf der Zunge** kommen.



Dies ist völlig normal und verschwindet in der Regel nach wenigen Minuten wieder. Auch **Rötungen oder kleine Blutergüsse** an der Einstichstelle sind möglich. Ganz selten kann es passieren, dass bei der Injektion die **Vene platzt** oder die **Kanüle fehlerhaft** liegt. In diesem Fall kann das Kontrastmittel in das umliegende Gewebe gelangen. Dies ist schmerzhaft. **Bitte melden Sie sich sofort**, damit eine weitere Injektion gestoppt werden kann.

Um bei Ihnen ein möglicherweise bestehendes erhöhtes Risiko für Kontrastmittel-Reaktionen besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

**Ihr Gewicht:** ..... kg

Sind im Zuge einer Kontrastmittelverabreichung **UNVERTRÄGLICHKEITSERSCHEINUNGEN** aufgetreten?  
(z. B. Übelkeit / Erbrechen / Atemnot / Hautausschlag / Bewusstlosigkeit) Ja  Nein

Haben Sie eine bekannte **NIERENFUNKTIONSTÖRUNG**? Ja  Nein

Sind Sie zuckerkrank? Haben Sie **DIABETES MELLITUS**? Ja  Nein   
Wenn Ja, nehmen Sie metforminhaltige Medikamente ein? Ja  Nein   
(z.B. Glucophage, Diabetex,.....)

Ist eine **Allergie gegen Jod oder jodhaltige Kontrastmittel** bekannt? Ja  Nein

Liegt bei Ihnen eine **SCHILDDRÜSENERKRANKUNG** vor? Ja  Nein   
Wenn Ja, welche und nehmen Sie dafür Medikamente ein?  
(z. B. Favistan / Carbimazol / Irenat / Prothiucil / Thyreogutt / Thyrex / Eurthyrox  
Sonstige: .....)

Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie **SCHWANGER** sein oder **STILLEN** Sie ihr Kind? Ja  Nein

Sind Sie mit der Gabe eines **KONTRASTMITTELS** bei Bedarf einverstanden? Ja  Nein

**Ich bestätige, dass ich den Inhalt gelesen und verstanden habe. Mit dieser Unterschrift stimme ich der Durchführung der Untersuchung zu!**

**IHRE UNTERSCHRIFT:** .....

**(vom Untersucher auszufüllen):**

errechnetes GFR \_\_\_\_\_

nativ

\_\_\_\_\_ ml Accupaque 350 mg J/ml i.v.

25 ml Gastromiro auf 1l h2o verdünnt oral

225 ml Bariumsulfat auf 1l h2o verdünnt oral

sonstige Anmerkungen: \_\_\_\_\_

**Kürzel:** \_\_\_\_\_

**SOP**