



## Spital Zollikerberg

Ihr Schwerpunktspital im Grünen

Trichtenhauserstrasse 20

CH-8125 Zollikerberg

Tel. +41 (0)44 397 21 11

Fax. +41 (0)44 397 21 12

info@spitalzollikerberg.ch

www.spitalzollikerberg.ch

## Myelographie

### Radiologie

**Chefarzt Dr. med. Stephan A. Meier**

Radiologie FMH

stephan.meier@spitalzollikerberg.ch

Tel. +41 (0)44 397 23 11

Fax. +41 (0)44 397 26 84

Liebe Patientin, lieber Patient,

dieses Merkblatt informiert Sie über den bei Ihnen geplanten Eingriff. Bitte lesen Sie es aufmerksam durch, damit Sie dem zuständigen Arzt gegebenenfalls zusätzliche Fragen stellen können.

### Notwendigkeit des Eingriffes:

Ihr Arzt hat zur Abklärung Ihrer Beschwerden eine Myelographie oder Myelo-Computertomographie Untersuchung angeordnet. Dabei handelt es sich um eine Darstellung des Rückenmarkkanals und mögliche Beeinträchtigung der Platzverhältnisse im Rückenmarkkanal unter verschiedenen Körperstellungen durch Injektion eines Kontrastmittels mit nachfolgender Röntgenuntersuchung, eventuell in Kombination mit einer Computertomographie.

### Die Untersuchung:

Sie melden sich am Untersuchungstag bei der Patientenaufnahme (Büro neben dem Empfang/Portier am Haupteingang) und erhalten dort Ihr Patientenkärtchen. Sie können anschliessend Ihr reserviertes Zimmer beziehen. Auf der Abteilung wird eine allfällig notwendige Blutentnahme vorgenommen.

In der Regel wird die Myelographie am Vormittag im sogenannten Universalröntgenraum durchgeführt – diese Untersuchung dauert ca. 30–60 Minuten. Dabei wird, nach lokaler Betäubung, unter Röntgenkontrolle der Rückenmarkskanals anpunktiert und Kontrastmittel gespritzt. Anschliessend werden Röntgenbilder in verschiedenen Haltungspositionen angefertigt.

Danach werden Sie auf die Abteilung zurückgebracht (liegender Transport), wo Sie sich ausruhen können. Aus untersuchungstechnischen Gründen ist Bettruhe nach der Kontrastmittelinjektion notwendig. Falls erforderlich, wird am Nachmittag zwischen 14.00–17.00 Uhr eine Computertomographie durchgeführt. Bei Beschwerdefreiheit, was die Regel ist, werden Sie anschliessend nach Hause entlassen und sind am folgenden Tag wieder voll einsatzfähig. Als Vorsichtsmassnahme empfehlen wir Ihnen, nicht mit dem eigenen Auto zu fahren.

Bitte beachten Sie, dass bei ambulanten Eingriffen unabhängig von der Versicherungsklasse kein Anspruch auf ein Einbettzimmer besteht.

### Risiken und Komplikationen:

Der Stich mit einer feinen Nadel wird kaum verspürt – auch die Kontrastmittelinjektion ist praktisch schmerzlos. In seltenen Fällen können im Anschluss an die Untersuchung Kopf- oder Rückenschmerzen auftreten, diese sind üblicherweise nur von kurzer Dauer, mit genügender Flüssigkeitszufuhr und Einnahme eines Schmerzmittels (z.B. Ponstan, Aspirin, Voltaren, etc.) gut zu behandeln. Falls später zu Hause weiterhin ungewöhnlich starke und auf übliche Schmerzmittel nicht ansprechende Beschwerden auftreten sollten, nehmen Sie bitte umgehend mit unserer Notfallstation Kontakt auf (Tel. 044 397 21 11).

Risikofreiheit kann grundsätzlich bei keinem medizinischen Eingriff garantiert werden. Ernsthaftige Komplikationen, wie Blutung, Infektion, oder Verletzung von Nerven sind extrem selten.

Patientenetikett

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Myelographie

### Fragen an Sie:

Damit wir den Eingriff möglichst sicher für Sie planen können, bitten wir Sie folgende Fragen wahrheitsgemäss zu beantworten:

- Haben Sie schon einmal ein Röntgenkontrastmittel erhalten? Ja  Nein
- Leiden Sie an Allergien (z.B. Kontrastmittel/Heuschnupfen/Asthma)? Ja  Nein   
wenn ja, welche \_\_\_\_\_
- Leiden Sie an einer Blutgerinnungstörung Ja  Nein
- Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein? Ja  Nein   
wenn ja, welche \_\_\_\_\_ und nehmen Sie bitte mit uns Kontakt auf.
- Bei Frauen: könnten Sie schwanger sein? Ja  Nein

Haben Sie Fragen oder Bedenken? Wenn ja, dann lassen Sie uns diese wissen. Das Team der Radiologie und der Arzt, der den Eingriff durchführen wird, sind für Sie da.

### Einverständniserklärung:

Ich habe die umseitigen Informationen verstanden und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit dem mir vorgeschlagenen Eingriff einverstanden. Unklarheiten wurden mir durch den behandelnden Arzt/Ärztin erklärt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt/in

#### *für die Radiologie:*

Identität Patient ok   
Überweisung ok   
Krea-Clear \_\_\_\_\_  
Quick / INR \_\_\_\_\_  
Throm \_\_\_\_\_  
RR / Puls \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Visum MTRA