

Prof. Dr. med. Oliver Distler
Klinikdirektor

Interventionelle Schmerztherapie

Dr. med. P. Rossbach
Dr. med. R. Butsch
Dr. med. A. Aeschbach

UniversitätsSpital Zürich
Klinik für Rheumatologie
Gloriastr. 25
CH-8091 Zurich

Sekretariat +41 44 255 26 87
Fax +41 44 255 44 15
E-mail DispoRUZ@usz.ch

Anmeldeformular

Interventionelle Schmerztherapie unter Bildverstärkung

Patienten-Name:

Adresse:

PLZ/Ort:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Kostenträger: Krankenkasse Unfallversicherung Andere

Diagnose

Gewünschte Infiltration mit Steroiden anderes:

Formular
Aufklärung

Information
Arzt

- Gelenk peripher (30 Min)
- Sakroiliakalgelenk (30 Min)
- Facettengelenk LWS: L. 30 Min); HWS: C. (60 Min, Dr. Aeschbach)
- Epidurale Infiltration (interlaminär) LWS: L. 30 Min);
- Sakralblock. (30 Min)
- Nervenwurzel (transforaminal) LWS: L. 30 Min); HWS: C. (60 Min, Dr. Aeschbach)
- Probeinfiltration (Medial Branch Block) für Facettengelenk
- Grenzstranginfiltration lumbal.
- Stellatumblockade
- andere
- Vor Infiltration zusätzliche klinische Beurteilung erwünscht durch Infiltrationsteam (E40)

Wichtige Medikamente

- folgende NSAR müssen 3d vor interlaminärer Epiduralinfiltration und Sakralblock gestoppt werden:
- Aspirin cardio: 3d Pause vor interlaminärer Epiduralinfiltration und Sakralblock
- Plavix: 7d Pause vor jeder Infiltration
- orale Antikoagulation (Quick > 65%, INR < 1,3) für jede Infiltration
- andere Blutverdünnung:

Kontraindikation

- Florider Infekt Schwangerschaft

Bildgebung

- beiliegend wird mitgebracht im KISIM keine vorhanden

Name / Unterschrift

Stempel

Datum

Einwilligungserklärung

Interventionelle Schmerztherapie unter Bildverstärkung

Patienten-Name:

Adresse:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Prof. Dr. med. O. Distler
Klinikdirektor

Interventionelle Schmerztherapie

Dr. med. P. Roszbach

Dr. med. R. Butsch

Dr. med. A. Aeschbach

UniversitätsSpital Zürich

Rheumaklinik

Gloriastr. 25

CH-8091 Zurich

Geplanter Eingriff:

Informierende(r) Ärztin/Arzt:

Sekretariat +41 (0)44 255 26 87

Fax +41 (0)44 255 44 15

E-mail DispoRUZ@usz.ch

Mögliche Komplikationen:

- Infektion (Achtung: besteht chronischer Infekt?)
- Blutung (Achtung Medikamente wie Aspirin, Plavix, Marcoumar, Sintrom..)
- Allergische Reaktion auf Medikament
- Keine Wirkung/ Vorübergehende Schmerzverstärkung
- Bei Punktionen am/im Bereiche des Wirbelkanals: Kopfschmerzen
- Vorübergehende Gefühlsstörung / Beinschwäche
- Nervenschädigung (Extremfall bleibende Lähmung, Wahrscheinlichkeit <1:10'000)
- bei Eingriff im Bereiche der Halswirbelsäule:
Vorübergehende Bewusstlosigkeit (Medikament gelangt in das Gehirn oder in ein Blutgefäss)
- bei Eingriff im Bereiche der Brustwirbelsäule:
Pneumothorax (Luft zwischen Rippenfell und Lunge, ev. muss ein Schlauch zum Absaugen eingelegt werden).
-

Alternative Therapien (häufig in Kombination mit obigem Eingriff):

- Medikamente Operation Verhaltenstherapie/ Rehabilitation anderes

Vorbereitung

- Am Tage des Eingriffs (betrifft nur HWS und Sympathicus): **Nüchternheit:** mind. 6 Stunden vor dem Eingriff keine Einnahme von fester Nahrung (Wasser erlaubt bis zu 4dl, ebenfalls übliche Tabletten)
- Kein Lenken von Motorfahrzeugen.** Lassen Sie sich abholen oder benützen Sie die öffentlichen Verkehrsmittel.
- Weglassen** des folgenden Medikamentes besprechen: **Aspirin** **Plavix** **Marcoumar**
- Sintrom** **Schmerzmittel** ab:

Ich wurde von der unterzeichnenden Ärztin (Arzt) über die Ziele, den Ablauf des Eingriffs, über die zu erwartenden Wirkungen, über mögliche Vor- und Nachteile sowie über eventuelle Risiken informiert. Ich habe die oben abgegebene schriftliche Information gelesen und verstanden. Meine Fragen im Zusammenhang mit dem Eingriff sind mir zufriedenstellend beantwortet worden. Ich hatte genügend Zeit, um meine Entscheidung zu treffen.

- eine Schwangerschaft ist ausgeschlossen es bestehen Allergien oder eine Blutverdünnung

Orientieren Sie umgehend Ihren behandelnden Arzt, wenn Sie nach dem Eingriff lokale Schwellung, Rötung, Schmerzen, Nackensteifigkeit, Lähmungen, Blasenentleerungsschwierigkeiten und/oder Fieber wahrnehmen.

Unterschrift Ärztin/Arzt

Unterschrift Patient/in

Datum