

MR-Arthrographie der Schulter

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Ihre Ärztin/Ihr Arzt hat Sie zu einer speziellen MRI-Untersuchung des Schultergelenks zugewiesen. Hierzu sollten Sie Folgendes wissen: Vor der Untersuchung wird Kontrastmittel direkt in das Gelenk gespritzt. Dadurch ist die Aussagekraft der Untersuchung für die meisten Fragestellungen deutlich verbessert, da das Kontrastmittel die Strukturen im Gelenk besser sichtbar macht. So können zum Beispiel auch sehr feine Risse im Knorpel und in den Sehnen exakt erkannt werden.

Ablauf der Untersuchung

Das Spritzen des Kontrastmittels erfolgt vor der MRI-Untersuchung in einem separaten Röntgenraum unter Verwendung des Röntgengerätes. Zunächst wird die Haut desinfiziert. Unter sterilen Bedingungen wird nach dem optionalen Unempfindlichmachen der Haut die sehr dünne Nadel zum Gelenk vorgeschoben. Zunächst wird wenig Röntgenkontrastmittel zur Kontrolle der korrekten Nadellage in das Gelenk gespritzt und anschließend ein MRI-Kontrastmittel. Der Eingriff ist in der Regel nicht schmerzhaft, es kann jedoch ein Druckgefühl entstehen. Nach dem Spritzen des Kontrastmittels wird die Untersuchung im MRI-Gerät durchgeführt. Die MRI Untersuchung dauert ca. 25 min. Sie sollten dabei möglichst ruhig liegen.

Welche Nebenwirkungen können auftreten?

- ➔ Nach Abklingen der Betäubung kann es zu vorübergehenden Schmerzen kommen, welche selten einige Tage anhalten können.
- ➔ Selten kann ein Bluterguss entstehen.
- ➔ Infektionen sind sehr selten. Wir arbeiten unter strengen sterilen Bedingungen.
- ➔ Wenige Patienten sind auf die verwendeten Desinfektionsmittel oder Medikamente allergisch. Sehr selten kann eine Allergie zu Atemnot und Kreislaufversagen führen. Allergien sind jedoch im Vergleich zu intravenös gespritztem Kontrastmittel deutlich seltener.

Ich bestätige, die Informationen gelesen und verstanden zu haben.

Persönliche Daten

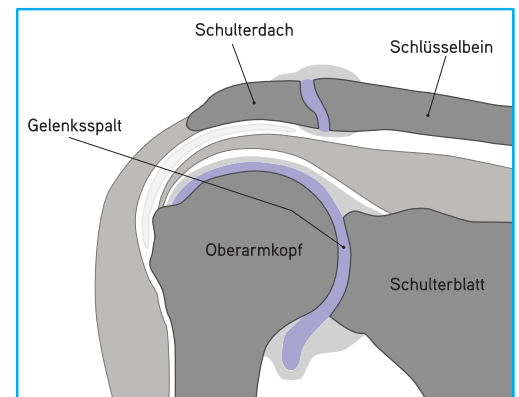
NAME

VORNAME

GEBURTSDATUM

Bitte beantworten Sie diese Fragen:

- ➔ Nehmen Sie Blutverdünner? JA NEIN
- ➔ Leiden Sie an einer Infektion? JA NEIN
- ➔ Leiden Sie an einer Allergie? JA NEIN



Auf dem obenstehenden Bild kann Ihnen die Ärztin / der Arzt auf Wunsch die Einstichstelle zeigen.

➔ **Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.**

➔ **UNTERSCHRIFT PATIENTIN / PATIENT**

DATUM

VISUM ARZT / ÄRZTIN