

# Narkose

## Kinder

Info An2K

Klinik/Praxis:

für die geplante Untersuchung/Behandlung/Operation:

\_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_  
(bitte bezeichnen) (Datum)

**Bitte vor dem Aufklärungsgespräch lesen und den Fragebogen ausfüllen!**

### Liebe Eltern!

Die bei Ihrem Kind vorgesehene Untersuchung/Behandlung/Operation soll in Narkose (Allgemeinanästhesie) durchgeführt werden. Sie schaltet das Schmerzempfinden und das Bewusstsein aus; das Kind befindet sich in einem tiefschlafähnlichen Zustand. Während und nach dem Eingriff überwacht der Anästhesist/die Anästhesistin ständig die lebenswichtigen Körperfunktionen (z.B. Herzrhythmus, Blutdruck, Atmung).

Vor dem Eingriff untersucht der Anästhesist Ihr Kind, stellt umfassende Fragen anhand des Fragebogens und wählt das Anästhesieverfahren sowie die Medikamente aus, die sich für Ihr Kind am besten eignen. Beabsichtigt der Anästhesist, auch Medikamente einzusetzen, die bei Erwachsenen schon seit Jahren verwendet werden, für die vom Hersteller jedoch noch keine Zulassung fürs Kindesalter beantragt wurde, so wird er mit Ihnen darüber sprechen. Dieser Informationsbogen soll Sie auf das **Aufklärungsgespräch** vorbereiten, in dem Sie nach allem fragen können, was Sie wissen möchten.

### Die Narkose

eignet sich für Eingriffe in allen Körperregionen und kann auch bei speziellen Untersuchungen (z.B. Röntgen, Kernspintomographie) notwendig sein.

**Bei größeren Kindern** wird das Narkosemittel meist über eine Kanüle in eine Vene eingespritzt (**intravenöse Narkose**).

**Bei kleineren Kindern** wird die Narkose häufig über eine Atemmaske eingeleitet, die vor das Gesicht gehalten wird. Die Verweilkanüle für die intravenöse Narkose wird bei diesem Verfahren in der Regel erst in die Vene gelegt, wenn das Kind schon schläft.

Bei länger dauernden Eingriffen wird die Einspritzung wiederholt bzw. das Narkosemittel fortlaufend verabreicht, oder das Kind erhält zusätzlich gasförmige Narkosemittel und Sauerstoff

- über eine **Atemmaske**, die dicht auf Mund und Nase aufliegt (**Maskennarkose**) oder
- über einen Beatmungsschlauch mit einem aufblasbaren Silikonballon, der bis vor den Kehlkopf geschoben wird (**Larynxmaske**), oder über einen Beatmungsschlauch (Tubus), der in die Luftröhre eingeführt wird (**Intubationsnarkose**), nachdem das Kind eingeschlafen ist.

**Intubation** und **Larynxmaske** erleichtern die Beatmung. Die Intubation vermindert zudem das Risiko, dass Speichel oder Mageninhalt in die Lunge fließt; zum Einführen des Tubus sind muskelerschlaffende Medikamente notwendig, die darüber hinaus auch die Operationsbedingungen verbessern.

Eine **Kombination der Narkose mit einer Regionalanästhesie** kann den Bedarf an Narkosemitteln verringern, die Aufwachphase verkürzen und eine weitgehend schmerzfreie Zeit nach der Operation gewährleisten.

### Mögliche Nebenwirkungen und Risiken der Betäubungsverfahren

**Blutergüsse, stärkere Blutungen und Infektionen** im Bereich der Einstichstelle oder eines Venenverweilkatheters, z.B. Spritzenabszess, **Absterben von Gewebe** und **Venenreizungen/-entzündungen**, die einer Behandlung/Operation bedürfen, sowie vorübergehende oder bleibende **Nervenschäden** (z.B. Missempfindungen, Berührungsempfindlichkeit) sind extrem selten. Auch Infektionen, die zu einer **allgemeinen Blutvergiftung (Sepsis)** führen, und bleibende Schmerzen oder bleibende **Lähmungen** nach Nervenverletzung, nach Blutergüssen oder nach schwerwiegenden Entzündungen sind extrem selten.

**Lähmungen an Armen und Beinen** durch Druck oder Zerrung während der Anästhesie sind bei Kindern extrem selten und bilden sich ggf. meist innerhalb weniger Monate zurück.

**Unerwünschte Wirkungen** von Betäubungs- und Schmerzmitteln oder anderen Medikamenten (z.B. Übelkeit, Schwindel, Juckreiz, Übelkeit) können vor allem bei Überempfindlichkeit (Allergien) und bei Vorerkrankungen auftreten, nach denen wir in der Anamnese fragen. Seltener kommt es zu **Atembeschwerden** oder **Kreislaufreaktionen** (z.B. Blutdruckabfall, Verlangsamung des Herzschlags), die sich meist schnell beheben lassen. **Schwerwiegende Unverträglichkeitsreaktionen und andere lebensbedrohende Komplikationen**, z.B. Herz-Kreislauf- bzw. Atemstillstand, Organschäden, Verschluss von Blutgefäßen (Embolie) durch verschleppte Blutgerinnsel (Thromben) sind bei allen Betäubungsverfahren äußerst selten, selbst bei



DIOMed-Aufklärungssystem. **12/06v1** Empfohlen vom Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. im Einvernehmen mit der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Herausgeber: Prof. W. Weißauer, Prof. K. Ulsenheimer (Medizinrecht).

Autoren: Prof. F.-J. Kretz, Prof. W. Weißauer. Illustration: Atelier Gluska.

Copyright 2006 by DIOMed in Thieme Compliance GmbH · Am Weichselgarten 30 · D-91058 Erlangen · Telefon 09131 93406-49 · Telefax 09131 3406-81  
www.diomed.de **Vervielfältigungen jeglicher Art, auch Fotokopieren, verboten.** Bestell-Nr. 01/009

Kindern in schlechtem Allgemeinzustand und mit Begleiterkrankungen. **Bei Zehntausenden von Anästhesien ereignet sich nur ein folgenschwerer Anästhesiez Zwischenfall.**

**Übelkeit und Erbrechen** sind seltener geworden. Lebensbedrohende Zwischenfälle durch Einatmen von Erbrochenem, die eine intensivmedizinische Überwachung/Behandlung erfordern, sind sehr selten. Ein lebensbedrohlicher **krampfartiger Verschluss der Luftwege** kann vor allem bei Einleitung oder Beendigung der Narkose auftreten. Er lässt sich jedoch mit Medikamenten beherrschen.

Äußerst selten steigt die Körpertemperatur infolge einer massiven, lebensbedrohlichen **Stoffwechsellentgleisung** extrem an (**maligne Hyperthermie**). Eine sofortige medikamentöse und intensivmedizinische Behandlung ist dann erforderlich.

Die Intubation/Anwendung der Larynxmaske kann vorübergehend **Schluckbeschwerden** und **Heiserkeit** verursachen.

Sehr selten sind **Verletzungen** von Rachen, Kehlkopf und Lufröhre sowie Stimmbandschädigungen mit **bleibenden Stimmstörungen** (Heiserkeit) und **Atemnot**. Es kann zu **Schäden**, v.a. an lockeren oder kariösen Zähnen, an Implantaten und fest sitzendem Zahnersatz (z.B. Kronen, Brücken) und zum **Zahnverlust** kommen. Bitte weisen Sie den Anästhesisten auf **wackelnde Zähne** hin!

## Neben und Folgeeingriffe

Auch vorbereitende, begleitende oder nachfolgende Maßnahmen, z.B. das Legen eines zentralen Venenkatheters, sind nicht frei von Risiken. Trotz aller Sorgfalt, mit der Fremdblutkonserven, Plasmaderivate und andere Blutprodukte hergestellt werden, lässt sich bei ihrer Übertragung/Anwendung eine **Infektion**, z.B. sehr selten mit Hepatitis Viren (Leberentzündung) und extrem selten mit HIV (AIDS) sowie evtl. auch mit den Erregern von BSE bzw. der neuen Variante der Creutzfeldt Jakob Erkrankung, nicht sicher ausschließen. Eine **Eigenblutübertragung** vermeidet solche Risiken. Die Eigenblutspende eignet sich aber nur für bestimmte Operationen und einen Teil der Patienten.

Nach dem Eingriff wird Ihr Kind ggf. noch für einige Zeit auf der **Intensivstation** betreut. Zum Schutz vor Verletzungen kann eine Einschränkung der Bewegungsfreiheit (z.B. durch Bettgitter) nach der Prämedikation bzw. nach dem Eingriff bis zum Abklingen der Nachwirkungen der Anästhesie erforderlich werden.

## Bitte unbedingt beachten! Sofern ärztlich nicht anders angeordnet!

### Vor dem Eingriff:

- **Bis zu 6 Stunden vor der Anästhesie** darf Ihr Kind noch eine kleine Mahlzeit (z.B. 1 Scheibe Weißbrot mit Marmelade, 1 Glas Milch) zu sich nehmen. Danach darf es **nichts mehr essen, nicht mehr rauchen und nichts mehr trinken!**
  - Erlaubt sind jedoch **bis zu 2 Stunden vor der Anästhesie** 1-2 Gläser/Tassen **klare Flüssigkeit ohne Fett und ohne feste Bestandteile** (z.B. Mineralwasser, Tee), aber **keine Milch** und **kein Alkohol!**
  - **Kinder unter 1 Jahr** dürfen **bis zu 6 Stunden vor der Anästhesie** gefüttert werden und Vollmilch erhalten. **Bis zu 4 Stunden vor der Anästhesie** darf gestillt und **bis zu 2 Stunden vorher** Tee oder Wasser gegeben werden. Sagen Sie es uns, wenn Ihr Kind entgegen diesen Anweisungen doch etwas gegessen oder getrunken hat (Gefahr des Erbrechens)!
  - Bis kurz vor dem Eingriff können benötigte Medikamente und Medikamente für die Narkosevorbereitung mit einem Schluck Wasser eingenommen werden.
  - Fragen Sie den Anästhesisten, welche **Medikamente** eingenommen bzw. abgesetzt werden müssen.
  - Kontaktlinsen, Zahnregulierungsspannen, Ringe, Schmuck (auch Piercing Schmuck!) und künstliche Haarteile ablegen und sicher aufbewahren. Keine Gesichtsschminken und Kosmetika (Make up, Nagellack, etc.) verwenden!
- Oft wird am Vorabend und/oder kurz vor dem Eingriff ein Beruhigungsmittel (z.B. als Saft, Tablette, Zäpfchen oder selten als Spritze) gegeben (**Prämedikation**).

### Nach dem Eingriff:

**Bitte verständigen Sie sofort den Arzt und informieren Sie ihn, dass eine Narkose durchgeführt wurde, wenn bei Ihrem Kind schwere Übelkeit, Erbrechen, Fieber, Schüttelfrost, erschwerte Atmung, Schmerzen in der Brust, Anzeichen von Lähmungen sowie Halsschmerzen, Heiserkeit oder Sprechstörungen auftreten.**

**Nach Beendigung der Anästhesie ist Ihr Kind noch nicht straßenfähig und unter Umständen noch nicht gehfähig. Holen Sie es nach einem ambulanten Eingriff bitte ab und stellen Sie für die ersten 24 Stunden seine häusliche Betreuung sicher. Ihr Kind sollte am gleichen Tag unter Beaufsichtigung in der Wohnung bleiben.**

Liebe Eltern: Bitte bringen Sie wichtige Untersuchungsbefunde zum Aufklärungsgespräch mit.

**Wenigstens ein Elternteil** sollte mit dem Kind zum Aufklärungsgespräch erscheinen. Falls Ihnen dies nicht möglich ist, werden wir Ihnen ggf. telefonisch die notwendigen Fragen stellen. Soweit möglich werden wir das Anästhesieverfahren auch mit Ihrem Kind besprechen. Falls Sie **nicht** zum Aufklärungsgespräch kommen können, bestätigen Sie bitte mit Ihrer Unterschrift, dass Sie mit dem Anästhesieverfahren einverstanden sind, das Anästhesistin/Anästhesist – ggf. nach dem Gespräch mit Ihrem Kind – wählen.

## Unterschrift der Ärztin/des Arztes:

Tel. Nr. der Eltern privat: \_\_\_\_\_

Tel. Nr. der Arbeitsstelle: \_\_\_\_\_

Wird vom Arzt ausgefüllt!	Vorgesehener Eingriff: _____
	Anästhesie: _____
	Termin: _____ ASA: _____

## Fragebogen (Anamnese)

bitte vor dem Aufklärungsgespräch ausfüllen!

Bitte Zutreffendes ankreuzen, unterstreichen bzw. ergänzen.

N = Nein  J = Ja

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

1. War Ihr Kind ein Frühgeborenes?  N  J

Welche Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_

War nach der Geburt eine Atemhilfe erforderlich?  N  J

2. Wurde Ihr Kind in den letzten 4 Monaten ärztlich behandelt? Weswegen?  N  J

Hat es zzt. oder hatte es in den letzten 3 Wochen einen Infekt der oberen Luftwege?  N  J

Seit wann? \_\_\_\_\_

Leidet es an einer anderen Infektion?  N  J

Wurde Ihr Kind in den letzten 14 Tagen geimpft?  N  J

Wogegen? \_\_\_\_\_

(Bitte Impfpass vorlegen.)

Traten Beschwerden auf?  N  J

3. Nahm Ihr Kind in den vergangenen Tagen oder Wochen Medikamente ein?  N  J

Welche? \_\_\_\_\_

4. Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?  N  J  
(Bitte Eingriff und Jahr bezeichnen.)

\_\_\_\_\_

5. Traten nach einer früheren Narkose/Regionalanästhesie/örtlichen Betäubung Beschwerden auf?  N  J

Welche? \_\_\_\_\_

Traten bei Blutsverwandten Besonderheiten im Zusammenhang mit einer Anästhesie auf?  N  J

6. Wurden Ihrem Kind schon einmal Blut oder Blutbestandteile (Transfusion) übertragen? Gab es Komplikationen?  N  J

7. Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen oder Anzeichen dieser Erkrankungen?  N  J

**Herz/Kreislauf:** Ist die körperliche Leistungsfähigkeit eingeschränkt? Zeigt Ihr Kind Atemnot und Blauwerden bei Anstrengung? Herzfehler? Herzerkrankungen?  N  J

oder \_\_\_\_\_

(Bitte ggf. Herzpass vorlegen.)

**Atemwege/Lunge:** Bronchitis, Asthma, Pseudo Krupp, Lungenentzündung, Tuberkulose, Schlafapnoe, Stimmbandlähmung  N  J

oder \_\_\_\_\_

Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

**Leber/Nieren:** Gelbsucht nach der Neugeborenenperiode, schwere Nierenfunktionsstörungen, Dialysepflicht  N  J

oder \_\_\_\_\_

**Stoffwechsel:** Diabetes, häufiges Erbrechen  N  J

oder \_\_\_\_\_

**Schilddrüse:** Unter oder Überfunktion, Kropf  N  J

oder \_\_\_\_\_

**Nerven:** Nervenkrankheit, Krampfanfälle (Epilepsie), häufige Kopfschmerzen  N  J

oder \_\_\_\_\_

Traten bei Fieber Zuckungen oder Krämpfe auf?  N  J

**Psyche:** Leidet Ihr Kind unter einem Aufmerksamkeitsdefizit /Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)?  N  J

oder \_\_\_\_\_

**Augen:** Grüner Star, Kontaktlinsen, Schielen  N  J

oder \_\_\_\_\_

**Blut:** Häufiges Nasenbluten, auffällig langes Bluten nach Verletzungen, blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung, Blutungsneigung bei Blutsverwandten  N  J

oder \_\_\_\_\_

**Muskeln, Skeletterkrankungen:** Muskelschwäche, Muskelerkrankungen, auch bei Blutsverwandten des Kindes  N  J

oder \_\_\_\_\_

**Allergie** (z.B. Heuschnupfen) oder **Überempfindlichkeit** gegen Nahrungsmittel, Medikamente, Iod, Pflaster, Latex (z.B. Luftballon, Gummihandschuhe)  N  J

oder \_\_\_\_\_

8. Andere Erkrankungen/Behinderungen?  N  J

**Chronische Schmerzen?**  N  J

\_\_\_\_\_



9. Hat Ihr Kind wackelnde oder kariöse **Zähne**, eine Regulierungsspanne, Zahnprothese (z.B. Krone, Brücke, Stifzahn)?  N  J

Zahnstatus (wird vom Arzt ausgefüllt)

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
			V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V			
Re															Li
			V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V			
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

e = ersetzte Zähne

k = Krone

b = Brücke

c = kariöse Defekte

f = fehlende Zähne

z = zerstörte Zähne

10. Raucht Ihr Kind?  N  J

Wieviel täglich? \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind **Passivraucher**?  N  J

11. Nimmt oder nahm Ihr Kind **Drogen**?  N  J

12. Sonstige Umstände, die Ihnen wichtig erscheinen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Zusatzfragen für ambulante Eingriffe**

1. Wo sind Sie/Ihr Kind in den ersten 24 Stunden nach dem Eingriff ständig erreichbar?

Ort, Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

2. Wer betreut Sie/Ihr Kind in dieser Zeit ständig?

Name und Alter \_\_\_\_\_

3. Innerhalb welcher Zeit sind Sie von unserer Praxis/Klinik bzw. der Praxis des Hausarztes aus erreichbar? \_\_\_\_\_ Minuten

4. Wie lange brauchen Sie, um das nächstgelegene Krankenhaus zu erreichen? \_\_\_\_\_ Minuten

5. Steht Ihnen ein Auto mit Fahrer zur Verfügung bzw. ist ein Taxi schnell erreichbar?  N  J

6. Hausarzt/überweisender Arzt: \_\_\_\_\_ Name

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Straße/Telefonnummer \_\_\_\_\_

**Dokumentation des Aufklärungsgesprächs**

Zutreffendes bitte ankreuzen, unterstreichen bzw. ergänzen.

Den **Aufklärungsbogen** habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet.

Die Fragen zur **Krankenvorgeschichte (Anamnese)** habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Den **abgetrennten Info Teil** bzw.  ein **Zweitstück des Bogens** habe ich zum Mitnehmen und Aufbewahren erhalten. Die **Verhaltenshinweise** werde ich beachten.

**Vermerke der Ärztin/des Arztes** (Name) \_\_\_\_\_ **zum Aufklärungsgespräch:**

Erörtert wurden z.B.: das Anästhesieverfahren, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Verfahren, mögliche Komplikationen, Risiken spezieller Verfahren, risikoe erhöhende Besonderheiten, Neben- und Folgeeingriffe (z.B. Legen eines Katheters, Bluttransfusion, Eigenblutspende) sowie (bitte hier auch etwaige Änderungen des Info Teils vermerken):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Einwilligung**

Wir haben uns unsere Entscheidung gründlich überlegt; wir benötigen keine weitere Überlegungsfrist.

Für die geplante Untersuchung/Behandlung/Operation \_\_\_\_\_ **willigen wir ein** in eine: \_\_\_\_\_ (bitte bezeichnen)

**Narkose.** Vorgesehen ist eine

- Intravenöse Narkose**  **Inhalationsnarkose:**
- Intubation**  **Larynxmaske**  **Atemmaske**

**Spezielles Verfahren:** \_\_\_\_\_

Mit notwendigen Änderungen/Erweiterungen des Narkoseverfahrens sowie mit erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen sind wir einverstanden.

Falls Sie bestimmte Narkoseverfahren oder einzelne Maßnahmen ablehnen, bitte bezeichnen: \_\_\_\_\_

Datum, Uhrzeit \_\_\_\_\_ Mutter/Vater/Sorgeberechtigte\* \_\_\_\_\_ Ärztin/Arzt \_\_\_\_\_

**Weiterer Eingriff**

Wir sind einverstanden, dass folgende weitere Untersuchung/Behandlung/Operation

\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ erfolgt. (bitte Eingriff bezeichnen) (bitte Narkoseverfahren bezeichnen)

Datum, Uhrzeit \_\_\_\_\_ Mutter/Vater/Sorgeberechtigte\* \_\_\_\_\_ Ärztin/Arzt \_\_\_\_\_

\* Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht, oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.