

BEHANDLUNG MIT AZATHIOPRIN

Information für Patienten zur Vorbereitung des erforderlichen Aufklärungsgesprächs mit dem Arzt

Klinik / Praxis



Patientendaten:

Beginn der Behandlung:

Folgende Erkrankung liegt vor:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen ist die Behandlung mit dem Medikament Azathioprin geplant.

Diese Informationen dienen zu Ihrer Vorbereitung für das Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt (im Weiteren Arzt). Im Gespräch wird Ihnen Ihr Arzt die Vor- und Nachteile der geplanten Behandlung gegenüber Alternativmethoden erläutern und Sie über Ihre Risiken aufklären. Er wird Ihre Fragen beantworten, um Ängste und Befürchtungen abzubauen. Anschließend können Sie Ihre Einwilligung in die vorgeschlagene Behandlung erteilen. Nach dem Gespräch erhalten Sie eine Kopie des ausgefüllten und unterzeichneten Bogens.

WIRKUNGSWEISE VON AZATHIOPRIN

Das Immunsystem des Körpers ist für die Abwehr von Krankheitserregern (z. B. Viren, Bakterien, Pilze) zuständig. Für seine Funktion spielen u. a. bestimmte Blutbestandteile, die sogenannten weißen Blutkörperchen oder Leukozyten, eine wichtige Rolle. Zu den Leukozyten zählen die B-Zellen und die T-Zellen, welche körperfremde Stoffe erkennen und zerstören können.

Bei bestimmten Erkrankungen ist die Funktion des Immunsystems gestört und es greift körpereigenes Gewebe an - man spricht von Autoimmunerkrankungen. Zu diesen zählen u. a. Myasthenia gravis, multiple Sklerose, systemischer Lupus erythematodes, verschiedene chronische Hauterkrankungen und chronische Entzündungen der Blutgefäße, Rheuma (chronische Polyarthritits) oder chronisch entzündliche Darmerkrankungen wie Morbus Crohn und Colitis ulcerosa.

Zur Behandlung dieser Erkrankungen können Medikamente wie Azathioprin eingesetzt werden, welche die Bildung der B- und T-Zellen hemmen und somit die Immunantwort unterdrücken (sog. Immunsuppressiva).

Azathioprin wird ebenfalls eingesetzt, um nach einer Organtransplantation durch Unterdrückung der körpereigenen Immunabwehr eine Abstoßung des Spenderorgans zu verhindern.

In einigen Fällen, z. B. in der Schwangerschaft und Stillzeit, bei Leber- bzw. Nierenleiden, bei Kindern unter 18 Jahren oder bei gleichzeitige Verwendung von bestimmten Medikamenten, darf Azathioprin nicht oder nur gering dosiert eingenommen werden. Ebenso darf während der Behandlung mit Azathioprin keine Impfung mit Lebendimpfstoffen durchgeführt werden. Ihr Arzt wird dies ausführlich mit Ihnen besprechen.

ALTERNATIV-VERFAHREN

Zur Unterdrückung der Immunabwehr stehen heute eine ganze Reihe verschiedener Verfahren und Medikamente zur Verfügung, die je nach Art und Schwere der zu behandelnden Erkrankung zum Einsatz kommen. Ihr Arzt erläutert Ihnen, welche Vorteile die geplante Behandlung mit Azathioprin hat und welche Alternativen sinnvoll sind.

Mögliche Behandlungsalternativen sind:

ERFOLGSAUSSICHTEN

Der Erfolg der Behandlung hängt stark von der Grunderkrankung und deren Ausmaß ab. Da Azathioprin erst nach 2 bis 5 Monaten seine volle Wirksamkeit erreicht, kann in der Regel erst nach etwa 6 Monaten beurteilt werden, ob Azathioprin ausreichend wirkungsvoll ist.

Schlägt die Behandlung nicht wie gewünscht an, kann der Arzt die Therapie ändern oder ggf. mit anderen Medikamenten erweitern.

Um einen sichtbaren Therapieerfolg zu gewährleisten, muss Azathioprin in der Regel langfristig eingenommen werden. Wird die Behandlung abgebrochen, kann es zu einem Wiederauftreten oder einer Verschlechterung der jeweiligen Erkrankung, bzw. zu Abstoßungsreaktionen nach Organtransplantation kommen.

HINWEISE VOR UND WÄHREND DER EINNAHME

Vor der Behandlung:

Medikamenteneinnahme: Teilen Sie Ihrem Arzt mit, welche Medikamente Sie regelmäßig einnehmen (insbesondere Gicht-Medikamente wie Allopurinol, Oxipurinol, Thiopurinol, Wirkstoffe zur Behandlung chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen, blutdrucksenkende Mittel wie Ramipril, Antibiotika, Magensäurehemmer). Dazu gehören auch alle rezeptfreien und pflanzlichen Medikamente. Ihr Arzt informiert Sie, ob Sie Ihre Medikamente absetzen müssen oder ob die Dosierung von Azathioprin angepasst werden muss.

Vor der Behandlung sollte die **Aktivität eines bestimmten Enzyms** (TPMT) gemessen werden. Ist diese zu niedrig, kann es zu einer verstärkten Wirkung von Azathioprin kommen. Ihr Arzt wird dies genauer mit Ihnen besprechen.

Herausgeber: e.Bavarian Health GmbH
Nürnberger Straße 71, 91052 Erlangen
PHONE. +49(0)9131-814 72-0
FAX. +49(0)9131-814 72-99
MAIL. kontakt@bavarian-health.com

Wissenschaftlicher Fachberater: PD Dr. med. Zacharias Kohl

Juristische Beratung: Dr. jur. Bernd Joch
Fotokopieren und Nachdruck auch auszugsweise verboten
© 2017 e.Bavarian Health GmbH Reddat.: 06/2017

Release 30.8.2019


BAVARIANhealth
innovative medical solutions

Eine Infektion mit dem **Varicella-Zoster-Virus** (Windpocken und Gürtelrose) kann unter der Behandlung mit Azathioprin schwerwiegend verlaufen. Aus diesem Grund wird Ihr Arzt überprüfen, ob Sie in der Vorgeschichte eine Varizella-Zoster-Infektion durchgemacht haben. Sollte dies nicht der Fall sein, wird Ihnen Ihr Arzt weitere Empfehlungen geben, um eine Ansteckung während der Azathioprin-Behandlung in jedem Fall zu vermeiden.

Während der Behandlung:

Um den Erfolg der Behandlung beurteilen und unerwünschte Nebenwirkungen schnell erkennen zu können, sind regelmäßige **Kontrolluntersuchungen** (v. a. Blutuntersuchungen) notwendig. Bitte nehmen Sie diese gewissenhaft wahr.

Meiden Sie **UV-Strahlung**, z. B. durch **Sonnenbäder** oder **Solarium**, da das Risiko für bösartige Hauterkrankungen unter der Einnahme von Azathioprin erhöht ist.

Während und für eine gewisse Zeit nach der Behandlung sollte auf eine **sichere Verhütung** geachtet werden.

Falls Sie eine Schwangerschaft planen, besprechen Sie dies bitte mit Ihrem Arzt. Grundsätzlich sollten sowohl Frauen als auch Männer während der Behandlung mit Azathioprin **Maßnahmen zur Empfängnisverhütung** treffen. Männer sollten während und bis 6 Monate nach Ende der Behandlung keine Kinder zeugen.

Frauen sollten ihrem Arzt mitteilen, falls sie **schwanger** sind oder den Verdacht hegen. Die Behandlung muss dann ggf. angepasst werden.

Bitte informieren Sie sofort Ihren Arzt, falls es unter der Einnahme zu Beschwerden wie **Fieber, Zahnfleischblutungen, Blut im Urin oder Stuhl, schwarzer Stuhl, Luftnot, starke Bauchschmerzen, Gelbsucht, Husten, Erbrechen von Blut, blaue Flecken** oder **punktförmige Einblutungen in die Haut** oder anderen **Befindlichkeitsstörungen** kommt. Sie erfordern eventuell eine sofortige Behandlung.

RISIKEN, MÖGLICHE KOMPLIKATIONEN UND NEBENWIRKUNGEN

Es ist allgemein bekannt, dass **jede medizinische Behandlung Risiken birgt**. Kommt es zu Komplikationen, können diese zusätzliche Behandlungsmaßnahmen erfordern und im Extremfall auch einmal **lebensbedrohlich** sein oder bleibende Schäden hinterlassen. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir Sie aus rechtlichen Gründen über alle bekannten behandlungsspezifischen Risiken informieren müssen, auch wenn diese z. T. nur in Ausnahmefällen eintreten. Ihr Arzt wird im Gespräch auf Ihre individuellen Risiken näher eingehen. Sie können aber auch auf eine ausführliche Aufklärung verzichten. Überspringen Sie dann diesen Risiko-Abschnitt und bestätigen Sie dies bitte am Ende der Aufklärung.

Während der Behandlung sind **Magen-Darm-Beschwerden** wie Übelkeit, Durchfall und Appetitlosigkeit häufig; außerdem kann es zu **Fieber, Haarausfall, Gelenkschmerzen** und **Entzündungen der Bauchspeicheldrüse, entzündlichen Veränderungen der Lunge** und **Störungen der Leber- und Nierenfunktion** kommen.

Blutbildveränderungen, wie Blutarmut, Mangel an Blutplättchen (Thrombozytopenie) oder an weißen Blutkörperchen (Leukopenie), können auftreten. Durch regelmäßige Blutuntersuchungen können schwere Nebenwirkungen häufig frühzeitig erkannt und behandelt werden. Eine dauerhafte Schädigung des Knochenmarks mit bleibenden Blutbildungsstörungen ist selten.

Durch die Unterdrückung der Immunabwehr ist die **Anfälligkeit für Infektionen** mit Bakterien, Viren und Pilzen **erhöht**.

Allergische Reaktionen auf das verabreichte Medikament können zu Hautausschlag, Juckreiz, Schwellungen, Übelkeit und Husten führen. Schwerwiegende Reaktionen wie z. B. Atemnot, Krämpfe, Herzrasen oder **lebensbedrohliches Kreislaufversagen** sind selten. Dann können u. U. bleibende Organschäden wie Gehirnschäden, Lähmungen oder dialysepflichtiges Nierenversagen eintreten.

Das Risiko, an **Hautkrebs, Lymphknotenkrebs** (Non-Hodgkin-Lymphom), **Blutkrebs** (akute myeloische Leukämie), **Gebärmutterhalskrebs, Weichteilgeschwülsten** (Sarkome) zu erkranken, ist durch die Einnahme von Azathioprin, insbesondere **bei hoher Dosierung** nach einer **Organtransplantation**, erhöht.

Blutgerinnungsstörungen durch eine Abnahme der Blutplättchen können zu spontanen Blutungen insbesondere in Magen, Darm, Schleimhäuten oder Gehirn führen. Eine Hirnblutung kann bleibende Lähmungen oder Sprachstörungen verursachen.

Besonders bei gleichzeitiger Gabe von hochdosiertem Kortison können schwere Komplikationen wie **Darmentzündungen** (Kolitis, Divertikulitis) bis hin zum **Darmdurchbruch** auftreten.

Bei Männern kann es während der Azathioprin-Behandlung zu einer vorübergehenden **Störung der Spermienbildung** kommen.

Generell hat jedes Medikament in der Regel weitere **spezifische** oder **sehr seltene Nebenwirkungen**. Diese können Sie dem Beipackzettel entnehmen. Bei Fragen zu diesen wenden Sie sich bitte an Ihren Arzt.

Fragen zu Ihrer Krankengeschichte (Anamnese)

Bitte beantworten Sie vor dem Aufklärungsgespräch die folgenden Fragen gewissenhaft und **kreuzen Sie Zutreffendes an**. Es ist selbstverständlich, dass Ihre Angaben vertraulich behandelt werden. Anhand Ihrer Informationen kann der Arzt das Risiko in Ihrem speziellen Fall besser abschätzen und wird ggf. Maßnahmen ergreifen, um Komplikationen und Nebenwirkungen vorzubeugen.

Angaben zur Medikamenteneinnahme:

Werden regelmäßig blutgerinnungshemmende Mittel benötigt oder wurden in der letzten Zeit (bis vor 8 Tagen) solche eingenommen/gespritzt? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Werden andere Medikamente eingenommen? ja nein

Wenn ja, bitte auflisten:

(Auch rezeptfreie Medikamente, natürliche oder pflanzliche Heilmittel, Vitamine, etc.)

Sind Sie schwanger? nicht sicher ja nein

Stillen Sie? ja nein

Liegen oder lagen nachstehende Erkrankungen oder Anzeichen dieser Erkrankungen vor:

Bluterkrankung/Blutgerinnungsstörung? ja nein

Erhöhte Blutungsneigung (z.B. häufiges Nasenbluten, verstärkte Nachblutung nach Operationen, bei kleinen Verletzungen oder Zahnarztbehandlung),
 Neigung zu Blutergüssen (häufig blaue Flecken, auch ohne besonderen Anlass)

Gibt es bei Blutsverwandten Hinweise auf Bluterkrankungen/Blutgerinnungsstörungen? ja nein

Allergie/Überempfindlichkeit? ja nein

Medikamente, Lebensmittel, Kontrastmittel,
 Jod, Pflaster, Latex (z.B. Gummihandschuhe, Luftballon), Pollen (Gräser, Bäume),
 Betäubungsmittel, Metalle (z. B. Juckreiz durch Metallbrillengestell, Modeschmuck oder Hosennieten).

Sonstiges: _____

Stoffwechsel-Erkrankungen? ja nein

Diabetes (Zuckerkrankheit), Fruchtzuckerunverträglichkeit, Gicht.

Sonstiges: _____

Schilddrüsenerkrankungen? ja nein

Unterfunktion, Überfunktion.

Sonstiges: _____

Nierenerkrankungen? ja nein

Nierenfunktionsstörung (Niereninsuffizienz),
 Nierentzündung.

Sonstiges: _____

Lebererkrankungen? ja nein

Gelbsucht, Leberzirrhose.

Sonstiges: _____

Magen-Darm-Erkrankungen? ja nein

Engstelle im Verdauungstrakt,
 Magengeschwür, Sodbrennen.

Sonstiges: _____

Infektionskrankheiten? ja nein

Hepatitis, Tuberkulose, HIV.

Sonstiges: _____

Leiden Sie an einer angeborenen oder erworbenen Immunschwäche? ja nein

Wenn ja, an welcher? _____

Leiden Sie an einem Mangel des Enzyms Hypoxanthin-Guanin-Phosphoribosyltransferase (Lesch-Nyhan-Syndrom)? ja nein

Nicht aufgeführte akute oder chronische Erkrankungen? ja nein

Bitte kurz beschreiben: _____

(Falls bestimmte Antworten vorausgewählt sind, korrigieren Sie diese bitte, wenn sich bei Ihnen etwas geändert hat.)

Ärztl. Dokumentation zum Aufklärungsgespräch

Wird vom Arzt ausgefüllt

Über folgende Themen (z. B. mögliche Komplikationen, die sich aus den spezifischen Risiken beim Patienten ergeben können, mögliche Konsequenzen, wenn die Behandlung verschoben oder abgelehnt wird) habe ich den Patienten/die Patientin im Gespräch näher aufgeklärt:

Folgende Erkrankung liegt vor: _____

Fähigkeit der eigenständigen Einwilligung:

- Der/Die Patient/in besitzt die Fähigkeit, eine eigenständige Entscheidung über die empfohlene Behandlung zu treffen und seine/ihre Einwilligung in das Verfahren zu erteilen.
- Die Patientin/Der Patient wird von einem Betreuer mit einem die Gesundheitsorge umfassenden Betreuerausweis oder einer Vertrauensperson mit einer Vorsorgevollmacht vertreten. Dieser ist in der Lage, eine Entscheidung im Sinne des Patienten zu treffen.

Betreuerausweis Vorsorgevollmacht

Patientenverfügung liegt vor.

Kopie für Patient: ja nein

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Ablehnung

Frau/Herr Dr. _____ hat mich umfassend über die empfohlene Azathioprin-Behandlung und über die sich aus meiner Ablehnung ergebenden Nachteile aufgeklärt. Ich habe die Aufklärung verstanden und lehne die empfohlene Behandlung ab.

Ort, Datum, Uhrzeit

Ablehnung Patientin / Patient / Betreuer / ggf. des Zeugen

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen an und bestätigen Sie Ihre Erklärung anschließend mit Ihrer Unterschrift:

- Ich bestätige hiermit, dass ich alle Bestandteile der Patientenaufklärung verstanden habe.** Diesen Aufklärungsbogen (4 Seiten) habe ich vollständig gelesen. Im Aufklärungsgespräch mit Frau/Herrn Dr. _____ wurde ich über den Ablauf der Behandlung, deren Risiken, Komplikationen und Nebenwirkungen in meinem speziellen Fall umfassend informiert.
- Ich verzichte bewusst auf eine ausführliche Aufklärung.** Ich bestätige hiermit allerdings, dass ich von dem behandelnden Arzt über die Erforderlichkeit der Therapie, deren Art und Umfang sowie über den Umstand, dass die Therapie Risiken birgt, informiert wurde.

Ich versichere, dass ich keine weiteren Fragen habe und keine zusätzliche Bedenkzeit benötige. Ich stimme der vorgeschlagenen Behandlung mit Azathioprin zu. Die Fragen zu meiner Krankengeschichte (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen vollständig beantwortet.

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Kopie dieses Aufklärungsbogens an folgende E-Mail-Adresse gesendet wird:

E-Mail-Adresse

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift Patientin / Patient / Betreuer

