

# Laserbehandlung von Feuermalen (= vaskuläre Malformationen) bei Kindern

## Information / Einverständniserklärung

Liebe Eltern

**Bei Ihrem Kind** ..... ist eine Laser-Behandlung des **Feuermals (Nevus flammeus)** geplant. Die Laserbehandlung wird vom Fachspezialisten Dr. M. Adatto durchgeführt. Ziel dieser Behandlung ist eine bestmögliche Aufhellung des Feuermals zu erreichen.

Diese Behandlung ist etwas schmerzhaft. Deshalb erfolgen diese Laserbehandlungen bei Kindern im Vorschul- und Grundstufenalter in der Regel in einer kurzen **Allgemeinnarkose**. Die Allgemeinnarkose wird vom Kinder- Anästhesie-Team durchgeführt. Für die Besprechung der Anästhesie werden Sie direkt von den Kollegen der Anästhesie kontaktiert.

Die Behandlung erfolgt tagesklinisch. Sie kommen direkt zum vereinbarten Termin auf die **Kinderchirurgische Tagesklinik (Kinderklinik, Eingang 31)** und können in der Regel wieder am gleichen Tag nach Hause, sobald das Anästhesie-Team es erlaubt.

Die Laserbehandlung erfolgt in den Operationssälen der Kinderklinik. Ihr Kind ist auch während des Transfers in ständiger Betreuung von medizinischem Fachpersonal.

Die behandelten Hautstellen werden für 3-7 Tage vorübergehend eine dunkelrote bis dunkelviolette Farbe annehmen. Das ist eine normale Hautreaktion auf die Laserbehandlung und bedarf (ausser Sonnenschutz, siehe unten) keiner weiteren Massnahmen.

Da es sich um eine thermische Einwirkung handelt, kann es während bzw. nach der Behandlung zudem zu einer Rötung und Schwellung kommen. Seltener sind Bläschen/Blasenbildung mit anschliessenden Pigmentverschiebungen sowie Wundheilungsstörungen insbesondere im Rahmen lokaler Infektionen möglich. Eine Narbenbildung nach der Behandlung wird sehr selten beobachtet. Die behandelten Gefässveränderungen können unter Umständen wieder auftreten.

### Verwendeter Laser:

Kombinierter Laser: Cynergy® (PDL (Farbstofflaser) +Nd:YAG)

### Vorbereitung

**Bitte vermeiden Sie zwei Wochen vor der Behandlung eine starke Sonnenbestrahlung und/oder schützen Sie bei Ihrem Kind die zu behandelnden Hautstellen durch einen hohen Sonnenschutzfaktor (Lichtschutzfaktor LSF 50) und durch Kleidung.**

Bei Herpes simplex-anfälligen Patienten (Fieber-/Lippenbläschen) kann die Laser-Therapie in dem zu behandelnden Areal einen Krankheitsschub auslösen. Falls bei Ihrem Kind eine Herpes-Anfälligkeit bekannt ist, sollte vor der Laser-Behandlung eine Herpes-Prophylaxe durch Ihren Arzt eingeleitet werden.

**Bitte geben Sie 1 Woche vor der Laserbehandlung kein anderes Schmerzmittel/fiebersenkendes Mittel ausser eines mit dem Wirkstoff *Paracetamol*!**

- ◆ Zur Zeit eingenommene Medikamente: \_\_\_\_\_
- ◆ Derzeit Einnahme von Aspirin  nein  ja
- ◆ Überempfindlichkeit auf Betäubungsmittel  nein  ja
- ◆ sonstige Allergien: \_\_\_\_\_

**Wichtig bei der Nachbehandlung!**

**Bitte verwenden Sie täglich konsequent die mit Ihnen besprochene Sonnenschutz-Lotion für 4 Wochen nach der Laserbehandlung.** Bitte schützen Sie die behandelte Haut nach Möglichkeit zusätzlich mit Kleidung (z.B. Sonnenhut bei Flammenmalen im Gesicht).

Die behandelten Hautstellen sollten nur nach ärztlicher Anleitung und Anweisung nachbehandelt werden (beispielsweise keine Entfernung von Krusten!) Sie können das Gesicht jedoch normal waschen.

**Kontakt bei Unklarheiten:**

- Fragen in Zusammenhang mit Anästhesie: direkt an das Team der Kinder- Anästhesie: Sie erhalten anlässlich des Aufklärungsgespräches einige Tage vor der Laser-Behandlung die genauen Angaben.

- Fragen zu Ablauf und Betreuung Ihres Kindes vor und nach der Behandlung:

Kinderchirurgische Tagesklinik: Tel. 031 632 92 80

- Fragen zur Haut und Laserbehandlung: Frau Dr. K. Heidemeyer, Tel. 031 632 20 94, oder über die dermatologische Poliklinik: Tel. 031 632 22 18, ausserhalb der regulären Arbeitszeit: Dienstarzt Dermatologie: Tel. 031 632 21 11

**Termin**

Vereinbartes Behandlungsdatum für Erstbehandlung: \_\_\_\_\_

Die Termine für die weiteren Behandlungen werden fortlaufend vereinbart. Bitte nehmen Sie die vereinbarten Kontrolltermine mit Ihrem Arzt wahr, damit mögliche Komplikationen vermieden werden können.

**Einwilligung**

Ich / Wir \_\_\_\_\_ habe /-n anhand der Hinweise im Merkblatt ein abschliessendes ärztliches Aufklärungsgespräch erhalten. Ich / Wir willige /-n hiermit in den vorgeschlagenen Eingriff für mein/unser Kind \_\_\_\_\_ ein.

Bern,

Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

Eltern: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_