

様の検査・処置に関する説明・同意書

説明日 年 月 日

説明医

看護師

○ 病名および症状

○ 検査・処置(以下、医療行為)の名称(詳細は別紙)

造影CT

造影MRI

尿路造影

胆道造影

○ 上記医療行為の予定日

年 月 日

○ 上記医療行為の必要性、目的、期待しうる効果(詳細は別紙)

○ 上記医療行為に伴う危険性、合併症、後遺症、他の方法等について(詳細は別紙)

○ 備考・その他

.....

※ 上記により、現在必要な医療処置(検査・処置)についての説明書を受け取り、必要な説明を受け理解できましたので、その医療処置を受け、また医療処置中に緊急の処置が必要となった場合には適切な処置を受けることも併せて

同意します

同意しません

※ 要望

医療の質や医療技術の向上の為、本治療の経過で得られた検体、写真、データを匿名化したうえで学術集会、研究会、論文及び学術団体の認定資格等の資料として使用させていただくことがあります。

年 月 日

古賀病院 21

患者様(代諾者)署名:

(続柄)

同席者署名:

(続柄)

造影剤を使用する検査の説明

1. 造影剤について

検査を行う上で、より詳しい画像情報を得るために用いる検査用薬剤です。主として血管内に投与します。前回の検査で副作用が無かった方も、下記の副作用が出る可能性があります。

2. 副作用について

1) 造影剤アレルギー

- ① 軽い副作用（基本的に治療を要しないものです）
嘔気、嘔吐、かゆみ、発疹などで、頻度は造影CTで100人に3例、MRIで100人に1例
- ② 重い副作用（通常は治療が必要で、入院が必要となる可能性があります）
アナフィラキシーショック、呼吸困難、血圧低下、意識障害などで、頻度は2万人に1例
- ③ 他の薬剤と同様に死亡例の報告があり、頻度は40万人に1例
- ④ これまでに造影剤による副作用が出たことがある方、アトピー、喘息、花粉症、食物アレルギーなどのアレルギーがある方、高度の腎機能障害がある方は造影剤副作用が出やすい（5～11%）と報告されています。

2) 検査で使用する造影剤により造影剤腎症を生ずる可能性があります。時として不可逆的な腎不全に陥る事もあります。

3) MRIで使用するガドリニウム造影剤で、高度腎機能障害、あるいは透析をしている方は腎性全身性線維症発現のリスクが上昇することが報告されています。

◆副作用が現れた場合、最善の処置を施しますので気分不良や違和感などがありましたら遠慮せずに申し出てください。

◆副作用は、造影剤を使用した直後からでる場合が大半ですが、1時間から1週間ほど経過してから症状が出てくる場合もあります。

◆症状が出現した時には速やかに昼間は担当科、夜間は救急外来にご連絡ください。

古賀病院 21

0942-38-3333 (代)

3. その他

造影剤を注射すると、一時的に身体が熱くなりますが、正常な反応ですので心配ありません。造影剤が血管の外に漏れて痛みを伴うことがあります。氷や水で冷やしますが、腫れが強い場合には、処置が必要となることもあります。

検査後は、水、お茶などの水分をいつもより多めに飲んでください。医師から水分制限を受けている方は、医師の指示どおりにしてください。

この造影検査説明書で不明な点や質問等がありましたら、担当医、放射線技師、看護師にご相談ください。

様の造影剤検査前問診票

説明日 年 月 日

依頼医

①以前に造影剤を使用した検査を受けたことがありますか はい(検査名)・いいえ

その時吐き気、発疹、かゆみなどの症状がありましたか はい・いいえ
症状

②じんま疹がでやすい、喘息、花粉症などのアレルギー体質ですか はい()・いいえ

③以前に薬、注射、食べ物でアレルギー症状が出たことはありますか はい()・いいえ

④次のような病気はありますか

【心臓の病気(心不全・狭心症)・腎臓の病気(腎不全)・糖尿病・甲状腺機能亢進症・多発性骨髄腫】

はい()・いいえ

⑤女性の方へ

・妊娠の可能性はありますか はい・いいえ

・授乳中ですか はい・いいえ

⑥糖尿病薬に関して(MRI検査は確認不要)

・糖尿病のお薬を内服されていますか はい(薬名)・いいえ

・糖尿病薬の休薬はされていますか(検査日の前2日、後2日休薬) はい・いいえ

測定日 年 月 日 推算GFR値() Cre()

採血データの有効期限は3ヶ月

推算GFR値30未満の場合は主治医確認

※CTは推算GFR30未満で「造影剤腎症」発症のリスクがあり原則禁忌

※MRIは推算GFR30未満(透析患者を含む)で「腎性全身性線維症」発症のリスクがあり原則禁忌

問診日 年 月 日

問診医又は、看護師名:

〔技師記載欄〕

確認日 年 月 日

確認技師

検査項目

検査後副作用 有・無 症状()

※2回目以降検査の検査後副作用、確認技師サイン記載はカルテ画面へ記載してください