

経血管性造影検査に関する説明書

今回、病気の状態を詳しく調べるために、血管内注射による造影剤を用いた検査が必要となります。そこで、造影剤の必要性和副作用について説明いたします。

◎造影剤使用の必要性

1. 身体に病気が存在するのか、そうでないのかをはっきりさせる。
2. 病気の性質を知る。
3. 病気の広がりや、進み具合を知る。

◎造影剤の副作用と頻度

1. 皮膚症状 : かゆみ・発疹・発赤・じんましん(0.4~0.5%)
2. 消化器症状 : 悪心・嘔吐・腹痛・下痢(0.02~1%)
3. 循環器症状 : 動悸(0.01%)
4. 重大な症状 : 呼吸困難(0.04%) 急な血圧低下(0.01%)
5. 重篤な場合 : 死亡等(40万人に1人)

(造影剤との因果関係が不明なものも含む)

◎副作用に対する対応

症状が軽微な場合は、しばらく様子を見る事もありますが、中等度の場合は、点滴を継続する場合があります。重大な副作用の場合は、気管内挿管などの処置を行う必要があります。

又、検査後1時間以降7日程度までに起こる遅発性副作用も発生します。(MRIでの遅発性副作用の報告はありません)

以上ご理解の上、別紙承諾書への署名をお願いします。

経血管性造影検査承諾書

氏名： 検査日： 月 日
生年月日：
性別： 男 ・ 女

病院名：	身長	cm
	体重	kg

問 診 票		安全に造影検査を行うために、該当するものに☑印をつけてください。	
1. 喘息はありますか？ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ありの方：治療中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
2. 腎臓病はありますか？ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
3. 過去に造影剤を使用した事がありますか？			
・CT <input type="checkbox"/> あり（副作用は？ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし）		・MRI <input type="checkbox"/> あり（副作用は？ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし）	
<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> なし	
4. 糖尿病はありますか？ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
※4でありと答えた方は、以下の薬を飲んでいますか？			
ビグアナイド系の薬剤(メトグルコ、グリコラン、メルビン、ネルピス、メトホルミン、			
メトリオン、ブホルミン、ジベトス、ジベトン)			
<input type="checkbox"/> はい(造影CT 検査では検査当日、検査後 48 時間は上記の糖尿病薬は休薬してください。)			
〔※特に腎機能の悪い方は、検査前 48 時間内の内服も休薬してください。〕			
<input type="checkbox"/> いいえ			
5. 現在、あなたは以下の病気がありますか？			
<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 透析中 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 多発性骨髄腫 <input type="checkbox"/> 重症甲状腺機能亢進症			
6. その他、いわゆるアレルギー症状はありませんか？			
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		ありの方：具体的に()	
7. 妊娠中ですか？(女性のみ) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			

緊急造影

以下の状況下では主治医の判断で同意書を取らずに造影検査を行う場合があります。

- 1. 早急に造影検査を行わないと予後に重大な影響を与える可能性が高い場合。
- 2. 意識障害、認知症、不穏、15歳未満などで同意の取得が困難な場合。
- 3. 緊急の状況下でご家族の連絡先が不明、限られた時間内で十分な説明が困難な場合。

今回、1. 2. 3全ての項目に該当し、造影剤の同意書は未取得ではあるが、

医師の立会にて 緊急での造影検査を指示する。

年 月 日 医師署名

造影剤の必要性和副作用について説明を行いました。

年 月 日 説明医師署名

私は、別紙 経血管性造影検査に関する説明を受け理解し、造影検査に

同意する ・ 同意しない

(同意された方でも、いつでも中止する事ができます。また、放射線医の判断で造影検査を行わない場合があります)

年 月 日 同意者氏名(本人)

代理人氏名