

造影CT検査説明書

ID: _____ 患者様氏名: _____ 検査日時: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分～

1. 造影剤の使用について

今回実施するCT検査において造影剤の使用が予定されています。造影剤を使用することで病気の有無や性質、範囲といったことをより正確に把握でき、診断治療に大変役立ちます。使用する造影剤は、ヨード造影剤と呼ばれるもので、安全性が確認されている薬剤ではありますが、他の薬剤と同様に副作用を完全に回避することは困難です。

2. 造影剤の注入について

造影剤は造影剤注入機という機械によって血管内に注入します。まれに血管外に造影剤が漏れることがあります。この場合には注射した部位に痛みや腫れが伴うことがあります。多くの場合、漏れた造影剤はそのまま体内に吸収され心配ありません。漏れた量が多い場合には別の処置が必要となる場合がありますが非常にまれです。このようなことが起こらないように慎重に注入を行い、もし合併症が生じた場合には万全の体制で対応いたします。

3. 造影剤の副作用について

報告されている副作用の種類と頻度は以下のようになっています。

1) 即時性副作用

- ①軽い副作用・・・嘔気、嘔吐、かゆみ、発疹、頭痛など(頻度は約1%程度とされています。)
- ②重篤な副作用・・・呼吸困難、血圧低下、意識障害など(頻度は約0.04%程度とされています。)
- ③極めて重篤な副作用・・・重篤な副作用で入院を必要とし、病状や体質によって死亡する場合があります。(頻度は数万人～数十万人に1人とされています。)

2) 遅発性副作用

まれに検査終了後数時間から数日後に身体がだるくなったり、頭痛やめまいがしたり、蕁麻疹(かゆみ、むくみ)、嘔気、喉のイガイガ感、咳、冷汗、動悸などが出ることがあります。

当院では検査中、検査担当医師・看護師が患者様の様子を十分に観察しながら慎重に検査を行います。副作用、合併症が生じた場合には、万全の体制で対応いたします。検査中、身体に何か異常を感じられた場合はためらわずに医師・看護師・検査担当者に申し出て下さい。

また検査終了後に異常を感じられた場合は、すぐに病院にご連絡いただき、いつ、どのような検査で造影剤を使用したかをお伝えください。(連絡先:済生会守山市民病院 電話 077-582-5151)

4. 安全に検査を行うために

以下の項目に該当する方は副作用の発現頻度が高く造影検査を行わないことがありますので必ず医師に申し出て下さい。造影検査を指示される医師は、以下の項目について確認し記入ください。

①ヨードまたはヨード造影剤過敏症の既往	あり ・ なし
②薬剤、食物によるアレルギーの既往	あり ・ なし
③気管支喘息の有無(または既往)	あり ・ なし
④甲状腺疾患の有無(または既往)	あり ・ なし
⑤血清クレアチニン値 eGFR (3ヶ月以内に測定)	() mg/dl () 測定日: ()
⑥ビグアナイド系糖尿病薬の投与の有無 休薬指示の有無、休薬の期間	あり(薬剤名:) ・ なし あり(~) ・ なし
⑦ベータ遮断薬の投与の有無	あり(薬剤名:) ・ なし
[女性の場合]	
⑧妊娠の可能性	あり ・ なし
⑨授乳の有無	あり ・ なし

※eGFR空欄の場合は当方にて値を算出し、eGFR45未満の場合は連絡させていただきます。

上記「造影剤の使用、造影剤の注入、造影剤の副作用、安全に検査を行うために」について、説明を行いました。

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

医師名: _____

以上の説明を理解され造影剤使用の必要性と危険性を考慮した上で、造影CT検査を受けることに同意していただく場合には同意書にご署名をお願いいたします。(患者様が未成年、意識障害がある場合は代理人。)

造影CT検査同意書

上記の説明により造影CT検査について理解できましたので、これを受けることに同意いたします。

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者様または代理人 (続柄 _____) 署名: _____