

ヨード造影剤を使用する検査に関する説明書・同意書

患者氏名: _____ 様 (ID: _____)

あなたが受ける検査ではヨード造影剤という薬剤を使用します。あなたの病気を診断するために、この造影剤を使った方がより詳しく病気の情報を得ることができ診断の精度が高くなりますが、ヨード造影剤も他の薬剤と同様に稀に副作用を起こすことがあります。

- (1) 軽度の副作用：吐き気、嘔吐、じんましん、かゆみなどが100人に数人起こることがあります。
- (2) 重篤な副作用：呼吸困難、血圧低下、ショック、意識喪失、心停止・死亡などは1万人に数人の確率です。
- (3) 副作用の起こる確率の高い人：以前にヨード造影剤で副作用がでたことのある人、気管支喘息(一般の人の約5-10倍)やその他のアレルギー体質の人(一般の人の約3倍)、心臓病を患っている人などは、一般の人よりも高い確率で起こる可能性があります。
- (4) 腎臓の悪い人はさらに腎機能を悪くすることがあります。
- (5) 遅発性副作用：副作用の多くは検査中および検査直後にみられるもの(即時性副作用)がほとんどですが、稀に検査終了後数時間から10日ぐらいの間に起こることもあります。発疹、かゆみ、むくみ、吐き気、咳、動悸、脱力、めまいなど。また、造影剤の注射中には体が熱くなることがありますが、これは正常な反応であり心配ありません。稀に注射部位に造影剤が漏れだして腫れや痛みを伴うことがありますが、時間が経てば吸収され心配ありません。ごく稀に程度がひどい場合には処置が必要となる場合があります。もし副作用が起こった場合には、当院で迅速に適切な対処をいたします。

以上、今回の検査についてご説明いたしました。個々の点についてわからないことがあれば、どうぞ遠慮なくお尋ねください。

- ◆ 十分お考えのうえ、ご了承いただきましたら、同意書にご署名をお願いいたします。
- ◆ 署名された後であっても、随時これを撤回できる自由があり、撤回することにより何等の不利益を受けることはありません。

説 明 日 西 暦 _____

説明医(自署) _____

私は今回の検査に際し造影剤の投与を受けることに同意します。また予期せぬ緊急処置の必要性が生じた場合には必要とされる処置を受けることに同意します。

同 意 日 西 暦 _____

年 _____

月 _____

日 _____

患者氏名 _____

家族または代理者氏名 _____

患者との続柄() _____

造影剤使用に際しての問診票

検査日: 西暦 _____

年 _____

月 _____

日 _____ 分 _____

①以前にヨード造影剤を使ったことがありますか?	☐ なし ☐ あり
②そのとき副作用がありましたか?	☐ なし ☐ あり(原則禁忌) *
	(_____ 年頃) 内容: _____
③気管支喘息はありますか?	☐ なし ☐ あり(原則禁忌) *
④その他のアレルギーはありますか? (薬剤・金属・食物アレルギー・家族のアレルギーなど)	☐ なし ☐ あり 内容: _____
⑤休薬すべき糖尿病治療薬(ビグアナイド薬)がありますか?	☐ なし ☐ あり 薬剤名: _____
⑥心臓病や甲状腺疾患などありますか? ※重症甲状腺機能亢進症がある場合は造影できません。	☐ なし ☐ あり 疾患名: _____
⑦腎機能低下・腎不全などありますか? eGFR30未満:原則禁忌 30-45:前処置や適応再検討	☐ eGFR 60以上 ☐ eGFR 59-46 ☐ eGFR 45-30 ☐ eGFR30未満(禁忌)
⑧現在β遮断薬を使用していますか?	☐ なし ☐ あり
⑨その他なにかあればお書き下さい。	

注: *に該当する人は、原則として造影は行えません。やむを得ず造影剤を必要とする際は、さらに十分なインフォームドコンセントと、前投薬その他の処置の準備が必要となるため、事前に放射線科に御連絡下さい。