

造影MR検査の説明・同意書:ガドリニウム系造影剤

ご依頼施設用同意書

患者氏名: _____ 様 _____ 歳 (男・女)

医療機関名: _____ 依頼医名: _____ 検査予定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

今回実施するMR検査は、ガドリニウム造影剤という薬剤の注射をして検査を行う予定です。病気の有無や病気の状態の詳しい情報がわかる検査ですが、以下の様な副作用が起こる場合があります。

1. 軽い副作用:吐き気・動悸・頭痛・かゆみ・発疹などで、基本的に治療を要しません。
2. 重い副作用:呼吸困難、意識障害、血圧低下などです。このような副作用は治療が必要なため、入院や手術が必要なこともあります。また、後遺症がのこる可能性があります。

このような副作用の発生する確率は、1万人につき1~5人以下、つまり0.05%以下です。

3. 病状・体質によっては約100万人につき1人の割合(0.0001%)で、死亡する場合もあります。
また、アレルギー体質、喘息の既往のある方は、これらの副作用の発生する確率が高くなります。
なお造影剤は腎臓から排泄されるため、腎機能の悪い方ではさらに悪化させる可能性があります。
このように、重篤な副作用の発生する確率は、非常にまれですが、**副作用が絶対に起きない検査**ではないことをご承知下さい。

造影剤を急速に注射する場合は、血管外に造影剤がもれることがあります。少しはれて痛みを伴ったりしますが、普通は自然に吸収されます。ただし非常にまれですが別の処置が必要となる事もあります。

当病院では万一の副作用に対して、万全の体制を整えて検査を行っています。異常が現れた場合、すぐに職員にお伝え下さい。帰宅後に生じた場合は当院にご連絡ください。(0954-43-1120 放射線科読影室又は救急外来)もし副作用が現れても、最善の処置をとらせて頂きます。

それでは、下の質問のなかで、あなたが相当する項目の□に✓印をつけてください。

- 1) 現在喘息やアレルギーの病気がある、または以前そう説明された経験はありますか？

□ない・□ある* ⇒ある場合は下の項目から選び○でかこんで下さい。(時期: _____ 年ごろ)
ぜんそく*・アトピー*・食物アレルギー・花粉症・その他(_____)
飲み薬や注射薬のアレルギー (薬品名: _____)

- 2) 今までに、注射する造影剤を使った検査を受けたことはありますか？

□ない・□ある* ⇒ある場合は下にくわしく記入してください。(検査時期: _____ 年ごろ)
MRI・CT・血管造影や心臓のカテーテル検査・腎臓の検査・その他(_____)

- 3) 上の2)で、ある としての方のみお答え下さい。 そのとき副作用はありましたか？

□ない ・ □ある* ⇒それはどんな症状でしたか？(_____)

- 4) けいれん・てんかん・があるといわれたことはありますか？

□ない ・ □ある*

- 5) 妊娠の可能性が有りますか。 現在授乳中ですか？ その場合は、以下を○で選んでください。

□ない ・ □ある* (妊娠の可能性がある。 ・ 現在授乳している。)

医師の説明に対しご質問があれば、おたずねください。説明をご理解して頂いたあとで、以上のいずれかを選択して□にチェックし、署名をお願いします。

以上の説明をご理解いただき、造影剤を使う検査に同意される場合は、以下に署名して下さい。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 _____ 代理人 _____ (続柄: _____)

同席者 _____