

ヨード造影剤使用に関する説明書（地域連携用）

今回、実施する X 線検査（CT 検査を含む）は“ヨード造影剤”という薬を注射する予定です。この検査では、稀ですが造影剤の副作用が生じることがあります。以下の項目をお読みになり、ご不明な点を医師に質問し、納得されましたら同意書にご署名ください。

なお、同意いただけない場合でも、造影剤を用いないで可能な限りの検査は実施いたします。

1. ヨード造影剤とは？・・・□

この検査薬は X 線に写るため、各種 X 線検査において血管内に注射する検査薬として広く使用されています。CT 検査は造影なしでもできますが、造影剤を注射しながら検査することにより、更に詳しく体の状態を知ることができます。腎臓の機能が正常であれば、注射後 6 時間で約 90%が腎臓から尿として排泄され、やがて全てが体外に排泄されます。

2. 副作用の種類や発生頻度は？・・・□

造影剤の副作用には検査中や直後に生じる即時性のものと、検査終了、数時間から数日におきる遅発性のものがあります。

◆ 軽い副作用：吐き気・かゆみ・発疹・くしゃみ・動悸・頭痛など。これらは治療を要さないか、1～2 回の投薬や注射で回復するものです。このような確率は、3%程度とされています。

◆ 重い副作用：血圧低下・呼吸困難・意識障害など。このような副作用は、入院の上、治療が必要となる場合があります。この確率は、1 万人につき 4 人以下、つまり 0.04%以下とされています。また、病状・体質によっては、死亡に至る報告もあります。

◆ 腎臓への影響：この薬剤は、腎臓から排泄されるため、腎機能を一時的に低下させたり、時により、腎機能不全を起こすことがあります。そのため、問診によりリスクを評価したり、事前に腎機能を調べるなどの管理のもとに実施しています。

3. 危険を予め知ることは？・・・□

残念ながら、こうした副作用がいつ発生するか事前に知ることはできませんが、アレルギー体質の方は副作用を生じる可能性が多いといわれています。また腎臓の悪い方に使うと腎機能を更に悪化させることもあります。前回の検査の際には異常がなくても、今回、副作用が出ることもあります。次に該当する方は、あらかじめ医師にお知らせください。

(ア) 過去に造影剤を使った検査で具合が悪くなった方。

(イ) 喘息やじん麻疹のでやすい体質の方。

(ウ) 腎臓に障害のある方。

(エ) ビグアナイド薬服用中（検査前 4 8 時間以上の休薬が必要）

4. 検査の必要性・・・□

造影剤は血管を介して全身の臓器に分布します。したがって、血管腔の状態、臓器の血流状態、および病変での造影剤の分布がわかり、画像上重要な情報となります。

5. 緊急時の対応について・・・□

検査中は看護師が患者様の様子をみていますので、何かあれば至急対処します。予期せぬ事態に対しては、担当の医師が最善の対処をいたします。

検査後、ごく稀に数時間から数日後にじん麻疹やむくみなどの副作用が起こることが報告されていますが、このような症状やその他、不快な症状を感じたときは電話でご連絡下さい。

6. 一度、同意した後、造影検査を受けたくなくなった場合・・・□

一度、造影検査に同意された場合でも、いつでも撤回することができます。また、検査当日になって体調変化など造影検査を受けたくない場合は、検査室の担当者にご相談ください。

なお、同意いただいた場合でも、医療者側の判断で造影剤を用いない場合があることをご了承ください。

以上の説明に納得していただけたら、同意書にご署名をお願いします。

ヨード造影剤使用に関する同意書（病院控え）

医療機関名： _____

ID： _____ 氏名： _____ 様

本日（平成 年 月 日）、私は医師 _____ から『ヨード造影剤使用に関する説明書』の内容に記されたとおり、造影剤検査の必要性、造影剤使用に伴う合併症、ならびに造影剤使用を希望しない場合の対応、そして造影剤を用いない場合があること等について十分な説明を受け、さらに質問する機会を得ました。

その上で、ここに私はX線検査（CT検査を含む）に対する医師 _____ の指示によるヨード造影剤使用に

同意します 希望しません（どちらかに✓を入れてください）

平成 年 月 日

患者氏名 _____ 印

■ 下記の代理人氏名は検査を受ける方が未成年または意識障害等がある場合のみ記入してください。

代理人氏名 _____ 印（患者様との間柄： _____）

※ 記入時注意事項： _____ は医師記入欄です。 _____ は患者様記入欄です。

旭中央病院院長殿

ヨード造影剤使用に関する同意書（患者様用）

医療機関名： _____

ID： _____ 氏名： _____ 様

本日（平成 年 月 日）、私は医師 _____ から『ヨード造影剤使用に関する説明書』の内容に記されたとおり、造影剤検査の必要性、造影剤使用に伴う合併症、ならびに造影剤使用を希望しない場合の対応、そして造影剤を用いない場合があること等について十分な説明を受け、さらに質問する機会を得ました。

その上で、ここに私はX線検査（CT検査を含む）に対する医師 _____ の指示によるヨード造影剤使用に

同意します 希望しません（どちらかに✓を入れてください）

平成 年 月 日

患者氏名 _____ 印

■ 下記の代理人氏名は検査を受ける方が未成年または意識障害等がある場合のみ記入してください。

代理人氏名 _____ 印（患者様との間柄： _____）

※ 記入時注意事項： _____ は医師記入欄です。 _____ は患者様記入欄です。

旭中央病院院長殿