

MRI 造影剤使用に関する説明書（地域連携用）

<ガドリニウム製剤>

今回、実施する MRI 検査では“**造影剤**”（ガドリニウム製剤）という検査薬を使用する予定です。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ので、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. 造影剤とは？・・・□

診断にあたって画像を強調させる検査用の薬であり、静脈注射によって検査を行ないます。造影剤により、病変の存在や形状などがより詳しく描出され、画像上重要な情報となることがあります。また、検査部位によっては、造影剤を使用しないと病変を描出できない場合もあります。

2. 副作用の種類や発生頻度は？・・・□

- ◆ 軽い副作用：吐き気・動悸・かゆみ・発疹など。これらは治療を要しません。

このような副作用の起こる確率は、1%程度とされています。

- ◆ 重い副作用：血圧低下・意識障害など。

このような副作用は、通常は治療が必要で、入院する場合があります。後遺症が残る可能性もあります。この副作用の確率は、10万人につき1人程度、つまり0.001%程度とされています。また、病状・体質によっては極めて稀ですが、死に至る報告もあります。

3. 危険を予め知ることは？・・・□

アレルギー体質や気管支喘息の方は副作用を生じる可能性が高いといわれています。また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 MRI 検査または CT や腎臓検査で造影剤を使って具合が悪くなった
- (イ) 喘息やじん麻疹が出やすい体質
- (ウ) 重い腎臓の病気がある方

4. 検査の必要性・・・□

造影剤にはこうした副作用がありますが、病気を診断し治療するうえで、造影剤を使用した検査が非常に重要であると考えています。

5. 緊急時の対応について・・・□

検査中は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。

検査終了後に生じる遅発性の副作用は少ないといわれていますが何か異常があらわれた場合には、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で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。

MRI 造影剤使用に関する同意書（病院控え）

－ガドリニウム製剤用－

医療機関名： _____

ID： _____ 氏名： _____ 様

本日（平成 年 月 日）、私は医師 _____ から

『MRI 造影剤(ガドリニウム製剤)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 MRI 検査に対する

医師 _____ の指示によるガドリニウム製剤使用に

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

MRI 造影剤使用に関する同意書（患者様用）

ーガドリニウム製剤用ー

医療機関名： _____

ID： _____ 氏名： _____ 様

本日（平成 年 月 日）、私は医師 _____ から

『MRI 造影剤(ガドリニウム製剤)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 MRI 検査に対する

医師 _____ の指示によるガドリニウム製剤使用に

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