

お名前
生年月日

様

ヨード造影検査(造影CT・血管造影・尿路造影・胆のう造影など) を受けられる患者様への説明書

あなたは、ヨード造影剤というお薬を使用して検査が予定されています。
ヨード造影剤は、体の中をより鮮明に写し出し、詳しい検査をするために必要なお薬です。

※ ヨード過敏症・喘息・甲状腺機能亢進症・多結節性甲状腺腫・著しく腎機能が低下してる方は
ヨード造影剤の投与は禁忌です。重篤な副作用が起こる可能性があります。
※ ビグアナイド系糖尿病用薬を服用中の方は休薬が必要になります。必ずお申し出下さい。

1.副作用(急性期)について

あなたに使用するヨード造影剤では、造影剤注入直後や1時間から数時間後に

- ①20人に1人以下の頻度で、じんましん、かゆみ、顔面紅潮、動悸、めまい、嘔吐、気分不良、発熱などの症状が現れることがあります。
- ②1000人に1人未満の頻度で、急激な血圧低下によるショック、咽頭・喉頭浮腫による呼吸困難、呼吸停止が現れることがあります。
- ③糖尿病の治療のためヒグアナイド系薬を内服している場合、まれに乳酸アシドーシスという重篤な副作用を生じる場合がありますので、検査前後で、休薬が必要となります。

2.副作用(急性)及び血管外漏出(注射漏れ)発症時の対応

当院では、造影剤注入時には、十分な観察を行います。注入圧により血管が破綻し皮下に造影剤が漏れる場合や副作用が急にあらわれることがありますので以下の体制の下で造影検査を実施します。

- 1)ショック等に対し、昇圧剤、ステロイドホルモン等の薬剤を準備します。
- 2)呼吸困難、呼吸停止に対し、気道確保するための器具などによる救急処置を行いません。
- 3)皮下に造影剤が漏れた場合は、薬剤処置を行なうことがあります。

3.遅発性副作用について

まれに(100人に5人以下の割合)1時間から1週間の間に頭痛、吐き気、めまい、じんましんなどの症状が発生します。通常は軽症で治療は必要ありませんが症状がひどい場合には下記の連絡先に御連絡下さい。

造影検査同意書

- 私は、このたびの予定されている検査の内容とその必要性について、担当医より説明を受け、理解したのでこの検査を受けることに同意します。また、検査において造影剤を使用することにより、稀に副作用がありうることも説明を受けた上で、その必要性を理解したので、造影剤の使用に同意します。
- その実施に関連した緊急の診療行為についても、医師が必要かつ適切な判断をした場合には、その診療行為を受けることに同意します。

令和 年 月 日

患者氏名(署名)

代理人氏名(署名)

(患者との続柄:)

三田市民病院院長 あて

【副作用発生時の連絡先】かかりつけ診療所様・クリニック様または三田市民病院放射線科までお知らせください。