

ヨード造影剤およびバリウム製剤を使った C T、X線造影検査に関する説明書

患者名 _____ 様

説明年月日 _____

説明医師 _____

*個別の内容は□をチェックすること

1. 検査名

- 造影C T
- 血管造影
- X線透視造影検査 (_____)
- 胸腔、腹腔造影検査
- その他 (_____)

2. 検査の目的

- 病気の有無の確認
- 診断のため
- 病気の進行度の確認

3. 検査の概要と注意事項

- ◎ヨード造影剤を使う検査の概要
C T・血管造影・X線TV(消化器系・泌尿器科系・瘻孔・脊髄・関節・卵管等)
- ◎バリウム製剤を使う検査の概要
消化器系・嚥下等

- 予約の検査でも、体調が優れない場合は検査を中止することがあります。ご自分で体調が悪いと感じたら、検査前に医師又は看護師、放射線技師に伝えてください。
- ヨード造影剤を注入した際、体が熱くなることがありますが。直接の刺激であり心配ありません。しかし、具合が悪いと言うことがありましたら、速やかに放射線技師や看護師に伝えてください。
- C T や血管造影でヨード造影剤を勢いよく注入する場合がありますが、その際、血管外に造影剤が漏れることがあります。この場合、注射した部位が腫れて痛みを伴うこともあります。基本的には、時間がたてば吸収されるので心配ありません。しかし、漏れた量が非常に多い場合や皮膚の状態によっては別の処置が必要となることがありますので、造影剤の注入中に痛みを感じたり、何か心配なことがありましたら、速やかに医師、看護師又は放射線技師に伝えてください。
- ヨード造影剤は、投与後、尿から排泄されますので、検査後は十分に水分を取って排尿を促すようにして下さい。
- ヨード造影剤使用の際、ビグアナイド系糖尿病薬を服用している場合、一定期間の休薬が必要な場合があります。また、他の薬剤も休薬対象になる場合がありますので、薬を内服中の場合はその内容を主治医、あるいは担当看護師に伝えてください。

4. 造影剤使用に伴う副作用について

これら造影剤は厚生労働省より安全性を認定された薬剤ですが、約3%の確率で下記に記載した副作用が発現することがあります。

1) ヨード造影剤

副作用としては、吐き気、嘔吐、蕁麻疹、かゆみ、発赤、咳、くしゃみ、頭痛、めまい、発熱、手足のむくみ、動悸、血管痛などがあります。ごく稀に、痙攣、アナフィラキシーショック症状(呼吸困難、血圧低下など)が生じ、生命に危険が及ぶことがあります。

また、遅延性副作用が造影剤使用数時間後から数日後に、頭痛、吐き気、めまい、発疹、蕁麻疹などとして現れることもあります。

※胸腔、腹腔内投与について、現在国内外で承認されている造影剤はありません。当院の薬事委員会、医療安全管理委員会で検討の結果、治療上必要な検査のため、薬剤の使用を承認しているものです。

2) バリウム製剤

便秘、下痢、吐き気、バリウム製剤過敏症アレルギー、誤嚥性肺炎、消化管裂孔、腸閉塞、腹膜炎などの副作用が発現することがあります。

■また、複数回、同じ造影剤を使用した検査の際に副作用が発生しなかったとしても、体調や身体の反応によって、突然副作用が発生する場合があります。

■当院では、万一の副作用への対応に関して体制を整えて検査を行っています。もし、検査中または検査後に、体調が変だと感じたら、速やかに、医師又は看護師、放射線技師などそばにいる者に伝えてください。

5. 合併症への対応について

■合併症が発生した場合、緊急度に応じて全力で治療いたします。副作用の程度によっては、高度の治療を要する場合があります。

6. 検査を行わない場合の不利益について

検査を行わない場合の不利益の内容について以下に挙げています。

■診断つかずに治療が遅れる、又は、適切な治療を受けられない。

■再発の徴候などの発見が遅れることにより、適切な時期に治療を開始することができない。

□その他 ()

7. 検査の同意撤回について

検査に関する説明を聞き、同意されない場合は医師に「検査を行わない場合の不利益について」説明を受け、納得された上で意思決定してください。また、一旦同意された後でも撤回は可能です。その場合は、予約をした該当診療科に連絡してください。

8. 連絡先

■岩見沢市立総合病院 電話 (0126) 22-1650 (代表)

ヨード造影剤およびバリウム製剤に関する問診及び同意書

検査を安全に行うために次の質問にお答え下さい

◎ヨード造影剤については全ての項目

◎バリウム製剤については1、2、7の項目

1. 今まで、造影剤を用いた検査を受けたことはありますか？

なし あり

→あると答えられた方へ、その時、副作用はありましたか？

なし あり : じんま疹、吐き気、嘔吐、誤嚥
その他 ()

2. 今までに薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？

なし あり (なにで?)

3. 今までに喘息(ぜんそく)と言われたことがありますか？

なし あり(時期) わからない

4. 今までに腎臓のはたらきが悪い(腎不全など)と言われたことがありますか？

なし あり

5. 現在、心臓の薬を飲んでいますか？

なし あり(薬の名前)

6. 現在、糖尿病の薬を飲んでいますか？

なし あり(薬の名前)

7. 現在、妊娠中、または妊娠している可能性はありますか？

なし あり わからない

以上、検査の必要性と造影剤使用に関する説明(詳細は別紙にて)を行いました。

年 月 日 担当医師 _____

造影剤使用に関する説明を理解し、検査を受けることに同意しました。

年 月 日 患者氏名 _____

患者代理氏名 _____

(患者との続柄:)

※患者の署名がある場合には代理署名は不要

この同意書は1年間有効です。

記入日 令和 年 月 日