

ヨード造影剤使用に関する説明と同意書

説明年月日： 年 月 日 説明医師署名 ()
検査日： 年 月 日 検査名 ()

【造影剤についての説明】

今回実施するX線検査は、ヨード造影剤という薬を注射して検査します。造影剤はX線検査で病気の有無や性質、範囲といったことを、より正確に評価するために用いられるものです。造影剤を使用するかどうかは、検査の部位や目的によって様々ですが、今回は造影剤を使用した検査を必要と判断します。造影剤を使用するとまれに副作用が起こることがあります。副作用の種類は次のようなものがあります。

- 1、 軽い副作用：吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、くしゃみ、発疹などです。検査の1、2日後に発疹が現れることもあります。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。このような症状の起きる確率は、約100人につき5人以下つまり5%以下です。
 - 2、 重い副作用：呼吸困難、意識障害、血圧低下、腎不全などです。このような副作用は、入院の上、治療が必要で、場合によっては後遺症が残る可能性があります。このような副作用の起きる確率は約1万人につき1人つまり0.01%です。病状、体質によっては、ごく稀にですが約40万人につき1人の割合(0.00025%)で死亡する場合があります。
 - 3、 造影剤を注射するとき
 - I 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。
 - II 勢いよく造影剤を注入する場合、血管外に造影剤がもれることがあります。この場合には、注射部位がはれて、痛みを伴うこともあります。基本的には時間がたてば、吸収されるため心配ありません。もれた量が非常に多い場合には、別の処置が必要となることもあります。まれですが非常にまれです。
- ※ 当院では、検査中、医師が造影剤の注入を行っており、診療放射線技師、看護師とともに患者様の様子を観察し、万一の副作用に対して素早く対応できるようにした上で検査を行っています。

【同意書】

上記の説明により、造影剤を使用して検査を受けることについて理解できましたので、これを受けることに同意します。

記入日： 年 月 日

患者または代理人(続柄) _____ ご署名 _____

※ 造影剤の使用を拒否される場合には、以下の欄にご署名下さい。

この説明により上記の造影剤検査を受けることに同意しません。

患者または代理人(続柄) _____ ご署名 _____