

ID :

氏名 :

様

造影 CT に関する説明と同意書

説明医師 診療科 :

氏名 :

◆ eGFR 値 採血日 年 月 日

eGFR45~ 基本的に通常通り造影検査を行う

eGFR30~44 予防策 (CT前後に補液など) を講じる

eGFR<30 造影検査は行わない

(1) CT スキャン検査

この検査は、X 線とコンピューターを利用した断層撮影により体内の深部を観察するものです。撮影中に造影剤を静脈内に注射することにより、身体の状態をより正確に診断することができます。

これらの検査に使われる造影剤は安全な薬剤ですが、個人の体質によっては副作用が出る場合があります。ぜんそく、アレルギー、および過去に造影剤の血管内投与により副作用がでた経験のある方は注意が必要です。以下をお読みのうえ、下の設問にお答えください。

副作用には次のようなものがあります。

☆ 軽い副作用 : かゆみ、胃部の不快感などで、治療は必要としません。このような症状は 3~4% 程度の頻度で見られます。

☆ 重篤な副作用 : 息切れ、不整脈、腎不全、ひきつけ、意識喪失などがあります。これらの副作用のおこる確率は 0.04% 程度です。また死亡例の報告がありますが、その確率は 35 万人に 1 人と報告されています。

メトグルコなどビグアナイド系糖尿病治療薬を服用している方は特に注意が必要です。

以上のような副作用を確実に予知する方法はありません。万一の副作用に対して適切に対処できる体制のもとで検査いたします。

※お答えください※

①ぜんそく、アレルギーと言われたことがありますか (はい・いいえ)

②以前に造影剤の血管内投与を受けたことがありますか (はい・いいえ)

*②で「はい」と答えた方 → 副作用が出たことがありますか (はい・いいえ)

以上の説明を受け、造影 CT 検査の実施について同意します。

年 月 日

患者本人署名

代諾者署名