

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:

◆ e G F R 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 (透析患者は可)

### (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ことがあります。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 : 嘔気・嘔吐、くしゃみ、かゆみ、発疹、発赤などで、このような症状は 3 ~ 4 % 程度の頻度で見られます。

☆ 中等度の副作用 : 顔面・眼瞼浮腫、呼吸困難、血圧低下がみられることがあります。

☆ 重篤な副作用 : アナフィラキシー様症状、不整脈、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)

※「はい」の場合は造影剤投与検査前 12 時間前・2 時間前にプレドニゾロン 30mg 予防内服する場合があります。

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

医療法人社団誠馨会 千葉中央メディカルセンター 2018/4/1