

ID :

氏名 :

様

## 造影 MRI 検査に関する説明と同意書

説明医師 :

氏名 :

◆ e G F R 値                      採血日                      年                      月                      日

eGFR30～基本的に通常通り造影検査を行う

eGFR<30 造影検査は行わない（透析患者は禁忌）

### MRI 造影検査

この検査は、強い磁石と電波により身体のあらゆる方向の断層撮影や血管撮影を行うものです。撮影前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                      : 嘔気・嘔吐、かゆみ、くしゃみ、発疹、発赤などで症状は1～2%程度の頻度で見られます。
- ☆ 中等度の副作用 : 顔面・眼瞼の浮腫、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、ショック、けいれん発作、不整脈、腎性全身性線維症などがあります。これらの副作用のおこる確率は0.1%未満です。
- ☆ 死亡                                      : アレルギー反応等による死亡例の報告があり、その確率は0.0001%(100万人に1人)と推定されています。

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、鉄過敏症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 MRI 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 \_\_\_\_\_