

CT造影剤血管内投与の説明及び同意書

造影剤の使用目的

造影剤を用いることで、用いない場合と比較して病変部の大きさ・形状・性質をより正確に把握できるため、診断能の向上に大いに寄与します。

当院で使用する造影剤：オムニパーク300 100ml (第一三共株式会社製)

問診

使用経験・体質について確認が必要です。以下の質問にチェックマーク(✓)でお答え下さい。

- ・ 体重は何kgですか？ (_____ kg)
- ・ 今までにCT(ヨード)造影剤を用いた検査の経験がありますか？ はい いいえ
はいの場合 その際何か副作用はありましたか？
発疹・嘔吐・気分不良・その他 (_____)
- ・ アレルギー体質ですか？ はい いいえ
はいの場合 喘息(本人 or 親兄弟)・発疹・蕁麻疹・アレルギー性鼻炎
薬剤過敏症・その他 (_____)
- ・ 以下の疾患について医師から指摘されたことがありますか？ はい いいえ
重篤な甲状腺疾患(甲状腺機能亢進症)・重篤な心障害 肝障害・腎機能低下
多発性骨髄腫・褐色細胞腫・マクログロブリン血症・テタニー
- ・ ビグアナイド系糖尿病薬の服用はありますか？ はい いいえ
- ・ (女性の方のみ) 現在妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ
- ・ (女性の方のみ) 現在授乳中ですか？ はい いいえ

造影剤の副作用

検査に有益な情報をもたらす造影剤ですが、ごくまれに副作用が現れることがあります。

軽症：発疹・蕁麻疹・吐き気・嘔吐・そう痒感(0.1%~5%)

不整脈・動悸・咽頭喉頭不快感・頭痛・めまい・発熱・倦怠感(0.1%未満)

重症：ショック・アナフィラキシー・腎不全・痙攣発作・肺水腫・肝機能障害

心室細動・皮膚障害・意識障害(0.01%程度)

極めて稀ですが、病状・体質によっては、死亡に至る場合もあります(0.0005~0.001%)

尚、副作用は検査終了後数日たって生じる場合もあります。万が一症状が出た際には当院へご連絡下さい。

同意書

熊本脳神経外科病院殿

造影剤の血管内投与について使用目的と副作用について理解し、納得しましたので造影剤の使用に同意します。また、副作用発生時などの緊急時に医師が判断した処置を受けることにも同意します。

年 月 日	2回目以降は以下に御記入下さい
署名(自署) _____	_____ 年 月 日
保護者 代理人 _____ 続柄 (_____)	_____ 年 月 日
説明医師 _____	_____ 年 月 日
*本同意書は患者様が入院中の場合、入院期間中の全検査に適用します	_____ 年 月 日
*本同意の撤回を望む場合はいつでもこれを可能とします	_____ 年 月 日