

説明文書

造影CT検査（腎臓から排泄される造影剤使用の場合）

- 1 X線を利用したCT検査で被ばくする検査となります。妊娠中の方等は申し出て下さい。授乳中の方へ 使用する造影剤が乳汁中に移行しますので、48時間程度は授乳を控えて下さい。ある種の医療器具が連続的な被曝による誤作動の報告があります。また画像が医療器具により劣化します。妊婦や小児の方での造影剤の安全性は確立していません。高齢者の方も一般的な生理機能が低下していることに注意ください。
- 2 病名・病態
- 3 検査の目的・必要性・有効性
- 4 検査の内容と注意事項
 - ① 検査前の食事（朝食 昼食）が摂れませんが、水分や必要な薬は服用してください。
 - ② 腎機能の悪い方は造影剤を使えない場合や検査前後で点滴を行ってもらう場合があります。詳細は依頼科担当医から説明を受けて下さい。
 - ③ 過去に造影剤検査で副作用があった場合、再度の検査が禁忌となる場合があります。
 - ④ アトピーや花粉症あるいは薬剤および食物によるアレルギーのある方、喘息の方は原則禁忌です。喘息の方や褐色細胞腫（疑いも含め）の方、過去の造影剤副作用内容等に応じて、依頼科担当医同伴での検査となります。
 - ⑤ 造影検査を受けるに当たり、下記の薬剤を服用されている方は担当医から十分な説明を受けて下さい。
経口糖尿病薬：ビッグアナイド類（メトホルミン塩酸塩（合剤含め）やブホルミン塩酸塩）を服薬されている方は腎機能に応じて服薬を制限してもらう場合があります。eGFR 値 60 以上は服薬制限なし、eGFR 値 45～60 未満は検査後 2 日休薬、eGFR 値 30～45 未満は検査前 2 日～検査後 2 日休薬で再開は腎機能を確認、eGFR 値 30 未満は造影禁止になります。
その他、腎機能に負荷がかかる薬剤を使用されている場合（抗菌剤・抗がん剤等の一部の薬剤）や造影剤副作用が生じた時に使用する薬剤と拮抗作用を有する薬剤を使用されている場合、服薬薬剤は当施設以外から処方されている薬剤もふくめて全てが対象になります。
 - ⑥ 検査後は腎臓からの造影剤排泄促進のため、水分摂取（飲水制限のない方）を多めに行ってください。
- 5 検査に伴う合併症・偶発症
 - ① 頻度はかなりひくいのですが、死に至るような重篤な副作用も起こりえます。（数10万件に1件の頻度）
 - ② 自験例では、年間で数名の方が一時的に密度の濃い治療を受けています。
 - ③ 副作用の多く（数%程度）は吐き気・クシャミ・蕁麻疹等ですが、重症な副作用も起こりえます。

- ④ 軽度の場合は無処置で対応できる場合と治療が必要な場合があります。重症例とはアナフィラキシー様ショック・血圧変動・呼吸困難・けいれん・意識混濁等になります。
- ⑤ 検査後数時間後から起こる遅発型副作用があります。多くは蕁麻疹ですが、必要な場合は近くの医療機関や当施設へ連絡ください。
- ⑥ これらの副作用に対する治療費等は患者様の負担となります。
- ⑦ 副作用とは異なりますが、造影剤が静脈内に注入されず皮下等に漏れる場合があります。少量の漏れの場合は心配ありませんが、量が多い場合は治療が必要になる場合があります。

6 偶発症発生時の対応

- ① 症状に応じ適切に対応いたします 依頼科の先生に治療をお願いする場合があります。重篤な副作用の場合は依頼科医師に加えて、救急専門医等とも連絡をとらせていただきます。

7 代替可能な検査、およびそれに伴う合併症・偶発性とその発生率

8 検査を行わなかった場合に予想される経過

9 患者様の具体的希望

10 検査中に針刺し等発生時の感染症検査について

万一、検査中に職員に針刺し等が発生した場合には、職員のその後の健康管理のため患者様の感染症の検査が必要となります。検査結果の目的外使用はいたしませんし、検査費用は一切かかりませんので、針刺し等が発生した際は、静脈から6cc採血させていただき、B型肝炎（HBV 抗原）、C型肝炎（HCV 抗体）、後天性免疫不全症候群（HIV 抗体）の3項目の検査を行うことをあらかじめご了承願います。

11 検査の承諾撤回

この造影剤使用によるCT検査の同意はいつでも撤回することが可能です。

12 質問、承諾を撤回する時の連絡先、あるいは造影検査後の不具合で診療を受けたいときの連絡先

連絡先 平日日中 024-547-1111 _____ 外来（内線 _____）

夜間・休日 024-547-1111 _____ 病棟（内線 _____）

救命救急センター（看護師長）024-547-1576 （造影検査後の不具合時）

造影CT 検査承諾書

福島県立医科大学附属病院 病院長 殿

私は、_____を受けるにあたり、下記の医師から、説明文書に記載されたすべての事項について説明を受け、以下のチェック項目の内容を十分に理解しました。また、私は、この検査を受けるかどうか検討するにあたり、そのための時間も十分に与えられました。以上のもとで、自由な意思に基づき、この検査を受けることを承諾します。

なお、この検査に対する説明文書とこの承諾文書を受け取りました。

- CT検査および造影剤使用に際し、検査の適応（被ばく検査、医療器具装着、適正な腎機能）であることの確認
- 病名・病態
- 検査の目的・必要性・有効性
- 検査の内容と注意事項
- 検査に伴う合併症・偶発性とその発生率
- 偶発症発生時の対応
- 代替可能な検査、およびそれに伴う合併症・偶発性とその発生率
- 検査を行わなかった場合に予想される経過
- 患者様の具体的希望
- 針刺し事故の件
- 検査の承諾撤回
- 質問、承諾を撤回する時の連絡先
(確認後に□項目にチェックしてください)

eGFR 値（未成年は血清クレアチニン値）を
記入してください

eGFR 値を書き込んで下さい

- ・ 60 以上 飲水で利尿を
- ・ 45～59 飲水を多くし利尿を

- ・ 30～45 未満 値に応じ検査前後での補液
- ・ 30 未満の場合は原則造影禁忌

*透析管理の方は実施できません
3ヶ月以内（検査日基準）が有効

(説明)

説明年月日：平成____年____月____日

説明医：_____科 氏名

立会者（所属）_____科 氏名

(承諾)

承諾年月日：平成____年____月____日

承諾者（本人）：（未成年、患者さんに判断能力がない場合のみ、代諾者が自筆署名）

患者氏名_____

住所_____

代諾者氏名_____（患者との関係：_____）