

説明文書

造影MR検査（腎臓から排泄される造影剤使用の場合）

1 磁気共鳴を利用したMR検査となります。不適応な金属が体内にある方は撮影禁 腎機能の悪い方は造影できません。造影剤ですが妊娠中の方や小児症例での安全性は確立していません。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。高齢者の方も一般的に生理機能が低下しているので注意してください。

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

- MRの場合は食事制限があるのは、MRCP（膵管/胆管撮影）検査です。通常の造影の場合は食事制限は不要です。
- 腎機能の悪い方は造影剤を使えません。現状はeGFR値等を参考にしていますのでご確認ください。詳細は依頼科担当医から説明を受けて下さい。
eGFR値として30未満の場合造影剤使用は禁忌となります。透析管理されていても禁忌です。MR造影剤が体内に蓄積し、全身皮膚硬化という死亡にもいたる副作用の発現がおこる危険度が高まります。
- 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。
- 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。
- 造影検査を受けるに当たり、下記の薬剤を併用される方は担当医から十分な説明を受けて下さい。
 - 腎機能に負荷がかかる薬剤（抗菌剤・抗がん剤・鎮痛剤・非ステロイド性抗炎症薬等の一部の薬剤）
 - 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
 - 他に当施設以外から処方されている薬剤
- ヨード系造影剤検査後で腎負荷がかかる時期（2日以内）に併用すると、腎機能が低下している可能性があります。留意ください。

5 検査に伴う合併症・偶発症

- 一般にCT検査で使う造影剤よりは頻度は少ないのですが、MR造影剤でも副作用が生じます。その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）
- 自験例では、数年間で少数の方が一時的に密度の濃い治療を受けています。
- 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。使用量自体が少量なので漏れによる障害の心配はありません。

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MR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 _____）

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

造影MR 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。

- MR検査および造影剤使用に際し、適応（撮影禁忌となる医療器具や磁性体がない 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
- 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 値が 30 未満は MR 造影は禁忌です ・eGFR 値にも誤差はありますので 30 前半の場合は代替検査を検討下さい ・ヨード造影検査との併用で腎機能 低下が起きている可能性を考慮下さい

*透析中の方は造影不可です
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： _____)