

MR I 造影検査同意書(チェックリスト)

造影検査の必要性・造影剤による副作用が起こる可能性を理解した上で下記の事項を確認し、同意の上、署名を行ってください。

【実施予定の検査】

* MR I 造影剤検査 1 (ガドリニウム系造影剤; マグネビスト, オムニスキャン, 等)

造影MR I 検査 検査実施予定日: 月 日

【以下の事項を確認下さい】

1.禁忌項目:ガドリニウム系造影剤に対し過敏症(アナフィラキシー, アレルギー〈遅発性アレルギー含む〉)の既往がありますか?

はい いいえ

2.原則禁忌項目:一般状態が極度に悪い,気管支喘息,重篤な腎・肝障害はありますか?

はい () いいえ

注意:重篤な腎障害(eGFRが30ml/min未満)がある場合は腎性全身性線維症を起こすことがあります(頻度不明)。

* MR I 造影剤検査 2 (プリモビスト).

造影MR I 検査 検査実施予定日: 月 日

【以下の事項を確認下さい】

1.禁忌項目:ガドリニウム系造影剤に対し過敏症(アナフィラキシー, アレルギー〈遅発性アレルギー含む〉)の既往歴がありますか?

はい いいえ

2.原則禁忌項目:一般状態が極度に悪い,気管支喘息はありますか?

はい () いいえ

* MR I 造影剤検査 3 (リゾビスト).

造影MR I 検査 検査実施予定日: 月 日

【以下の事項を確認下さい】

1.禁忌項目:鉄注射剤に対し過敏症(アナフィラキシー, アレルギー〈遅発性アレルギー含む〉)の既往歴,一般状態が極度に悪い,ヘモクロマトーシスなどの鉄過剰症,出血がありますか?

はい () いいえ

1の禁忌項目に「はい」と答えた人は造影剤が使用できません。

2・3に「はい」と答えた人は医師に安全性を確認の上,署名して下さい。

説明者: 紹介元医療機関名 _____

年 月 日

紹介元医師名 _____

私は上記の造影検査に関する説明を受け,検査に同意します。

年 月 日

氏名: _____

本人署名: _____

代理人署名: _____

(患者との続柄:)

※患者の署名がある場合には家族などの署名は不要です

MR I 造影検査説明書

MR I 画像検査で正しい診断をするためには造影剤が必要なことがあります。本院では、患者様に安心して造影検査を受けていただくために、紹介元医から十分な説明を行っていただき患者様の自由意志による同意を得たうえで検査を行いたいと考えております。

紹介元医の説明をお聞きいただき、疑問点は質問されて納得され、造影検査の実施に同意される場合はご署名のうえ紹介元医へお返し下さい。なお、同意を拒否されても、または実施直前に撤回されても診療上、不利益を受けることはありません。

1. 造影剤を使う意義

MR I 画像診断では造影剤を静脈内に注射することで鮮明な画像が得られ、炎症や腫瘍性病変、血管性病変の描出が向上し、精度の高い診断ができます。
また、一部の疾患では造影剤を使用しないと診断ができません。

2. 造影剤の副作用について

*MR I 造影剤 1 (ガドリニウム系造影剤)の副作用出現の頻度

軽度の副作用(頻度100から200に1人):発疹, 掻痒感, 吐気, 嘔吐, 頭痛, 熱感など.
重篤な副作用(頻度10万人に1人):ショック, アナフィラキシー症状, 痙攣, 呼吸困難など.
死亡(頻度100万人に1人):極めてまれ.

*MR I 造影剤 2 (プリモビスト)の副作用出現の頻度

副作用発現頻度は現在まで明確ではない。死亡はなし。

*MR I 造影剤 3 (リゾビスト)の副作用出現の頻度

軽度の副作用(頻度約2-3%):一過性の熱感, 頭痛など.
重篤な副作用(頻度極めてまれ):アナフィラキシー症状など。死亡はなし。

3. アレルギー体質や薬剤を使用して過敏症を起こしたことがある患者様は副作用を生じる

4. 副作用が起こった場合には迅速かつ最善の処置を行います。安心して検査を受けて下さい。

以上の説明でご不明な点がございましたら、またそれ以外にもお聞きになりたいことがありましたら、いつでもお聞きください。

(ご説明いただいた医師の署名をお願いいたします)

説明者：紹介元医療機関名

年 月 日 紹介元医師名

旭川赤十字病院
共同利用造影剤
検査用