

造影MRI検査に関する説明と同意書

患者氏名 _____

MRI用ガドリニウム造影剤(以下「造影剤」と省略)と必要性について

MRI検査とは、強い磁場を有する筒の中に身体を入れて、磁力の力と電波を使って身体の内部の様子を画像化する検査です。

MRI検査は、造影剤を使用しなくても可能ですが、より詳しい画像情報を得るために“造影剤”という検査薬剤を静脈内に注射して行う方法もあります。

MRI検査に用いられる造影剤には、全身用のガドリニウム製剤と、肝臓撮影の造影剤(プリモビスト)があります。

造影剤は基本的には安全な薬剤といわれていますが、まれに以下に示した副作用や合併症が起こることがあります。

造影剤使用に伴う副作用および合併症

○ 軽い副作用

かゆみ、発疹、発赤、悪心、嘔気、嘔吐

起こる頻度は約100人に1人で通常は特に治療を必要とせず、軽症で一過性です。

○ 重篤な副作用

血圧低下(ショック)、息苦しさ、嘔声(喉頭浮腫)、急性腎不全

約2000人に1人以下とまれですが、治療が必要で後遺症が残る場合もあり、時に入院・手術も必要となることがあります。

きわめて稀ですが約100万人に1人の頻度で、死亡例の報告もあります。

○ 遅発性副作用

嘔気、かゆみ、発疹、頭痛

検査後30分以内がほとんどですが、ごくまれに検査後1時間から数日で発生することがあります。

○ 合併症

造影剤が静脈外にもれ、腫れ・痛みを伴う場合があります。

ほとんどは時間がたてば吸収されますが、ごくまれに処置が必要になる場合があります。

以下の既往のある方は造影剤の副作用が生じる頻度が比較的高く、症状が強く出る場合もありますので、必ず問診票に記入をお願いいたします。

1)喘息を有する方 2)過去に造影剤で重篤な副作用のあった方 3)重篤な肝・腎障害のある方

造影剤の副作用の予測と緊急処置について

造影剤で副作用を起こすかどうか調べる方法は現在のところありません。

前回の検査時(造影検査)に異常が無くても、今回副作用が出る可能性があります。

当院では副作用に対応できる体制を整えて検査を行っており、緊急時には最善の処置を施行いたします。

同意書撤回について

この同意は検査施行までならいつでも撤回できますのでお申し出下さい。

その他

尚、気になる事がある方は、医師・看護師・診療放射線技師までご相談ください。

*当日は予約票と一緒にこの説明・同意書と問診票をお持ち下さい。

説明医師署名 _____

造影MRI検査問診票

1. これまでに造影剤を注射して検査を受けた事がありますか？

いいえ はい ⇒(CT検査・MRI検査・腎臓・尿路造影・血管造影)
その他、具体的にお書きください()

※ありと答えられた方へ その時、副作用がありましたか？

いいえ はい ⇒(かゆみ・発疹・発赤・吐き気・くしゃみ・息苦しさ)
その他、具体的にお書きください()

2. 薬、注射、食べ物にアレルギー反応はありますか？

いいえ はい ⇒具体的にお書きください()

3. いままでに喘息(ぜんそく)といわれたことがありますか？

いいえ はい

4. 腎臓が悪いといわれたことがありますか？

いいえ はい ⇒具体的にお書きください()

5. 現在、糖尿病のお薬を飲んでいますか？

いいえ はい ⇒(服用している) はい ⇒(服用していない)
⇒服用している場合、検査前の食事を抜くので服用指導を行ってください

6. 女性の方のみお答え下さい。現在妊娠中ですか？

いいえ はい

造影検査の必要性を十分にご理解いただいた上で、下記にご署名をお願い致します。

MRI用造影剤を使用する検査の同意書

以下に記載する事項について同意されれば、同意したご本人または代理人の御署名をお願いいたします。

水戸中央病院 院長殿

同意事項

私は造影剤に関してその必要性和副作用の可能性について説明を受け理解しましたので、造影剤を使用することに同意します。

私は造影剤の血管内注射に同意します。

また万一、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。

同意日 年 月 日

ご本人(患者様)署名 _____

代理人氏名(署名) _____ (続柄:)

同意の意思確認が不可能で、緊急性が優先される場合、担当医の判断により造影剤を使用させていただきます。

患者本人または代理人は検査を受けることを同意した後、いかなる場合でも撤回ができます。

水戸中央病院(代表) TEL 029-309-8600