

造影MR検査に関する説明書

様

あなたに行う検査の名称: ガドリニウム造影剤を使用したMR撮影検査

検査を実施する予定日: 年 月 日 時から

造影剤投与目的

ガドリニウム造影剤を静脈から投与し、臓器や血管などの詳細な情報を得ることで、診断能の向上を図ります。

造影剤使用に伴う危険性

- ガドリニウム過敏症の方は、ガドリニウム造影剤の使用はできません。
 - 気管支喘息や重篤な腎障害のある方、過去にガドリニウム造影剤アレルギーのあった方は、原則ガドリニウム造影剤の使用は禁止されています。
しかし、医師が必要と判断した場合には使用することがあります。
 - 気管支喘息やアレルギー歴がある場合は、副作用が出やすくなる場合があります。
 - 造影剤を急速注入する検査では、血管外に漏れることがあり、場合によっては処置が必要となります。
 - 痙攣、てんかんの既往がある方は、痙攣が起こることがあります。
- * 上記に該当する方は医師に申し出てください。

副作用

当院では救急部の応援のもと、速やかな対応が可能な体制で検査を行っていますので、異常を感じたら直ちにお知らせください。具体的な副作用の症状と頻度は下記に示す通りです。

軽微な副作用(2%前後)

かゆみ、発疹、頭痛、めまい、吐気嘔吐、動悸、くしゃみ、咳、しゃっくり、倦怠感、悪寒など

重篤な副作用(頻度不明もしくは0.1%未満)

ショック、アナフィラキシー様症状、痙攣発作

* 腎障害がある方は症状が腎性全身性線維症という重篤な副作用が起きるおそれがあります。

* 造影剤を使用して死亡した報告もありますが、頻度は100万人に1人です。

遅発性副作用(1%前後)

数時間～数日後に副作用が発現する可能性があります。

その場合は医療機関に相談してください。

ガドリニウム造影剤の使用に同意しない場合

ガドリニウム造影剤を使用しない場合、病変の検出や診断が困難になる可能性があります。その場合でも、可能な限り正確な診断に至るような検査を施行します。

造影MR検査に関する同意書

◇造影MR検査に関する説明書のご不明な点、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。また、本同意は造影MR検査開始前までは、いつでも撤回可能です。

検査説明日：_____年____月____日

主治医：_____

説明者：_____

eGFR: _____ (ml/min/1.73m²) 測定日: _____年__月__日 (検査日より3ヶ月以内の値)

☆ eGFRの数値が不明もしくは30以下の場合は、非造影検査に変更します。

セコメディック病院長殿

◇私は、造影MR検査に関する説明を受け、質問する機会を得た上で、納得しましたので、この造影MR検査を受けることに同意します。

_____年____月____日

氏名：_____印 (続柄: _____)

(代諾者)：_____印 (続柄: _____)

(自署であれば押印不要)

連絡先 セコメディック病院

〒274-0053 千葉県船橋市豊富町696-1

TEL:047(457)9900(代) FAX:047(457)8194