

造影MRI検査の同意書

患者氏名 _____ 様 (カルテ番号 _____)

1. 検査の目的と方法:

造影MRI検査とはガドリニウムという物質や鉄分を含んだ造影剤という薬を血管内に注射して検査するもので、病変部のより詳しい情報を得ることができます。

2. 造影剤の副作用・合併症・危険性について:

造影剤の副作用は軽いものを含め造影MRI検査全体の約2%生じると言われています。症状は吐き気・嘔吐・熱感・皮膚症状(赤くなる・かゆみ・発疹)・くしゃみ・せきなどほとんど一過性の軽いものですがまれに血圧低下や呼吸困難など重い症状もあります。また検査中・直後に生じるものがほとんどですがまれに検査後数時間から10日位の間と同様の症状が生じることもあります。その時は病院までご連絡ください。

血管外に造影剤が漏れて注射した部位が腫れて痛みを伴うこともあります。基本的には時間とともに吸収され体外に排出されるので心配ありません。ただし、漏れた量が多い場合には処置が必要となることもあります。必要に応じて対応させていただきます。

以上が主な合併症ですが、予期せぬ合併症もあり、緊急治療が必要となる場合もあります。合併症によっては、死亡、後遺症を生じる場合があります。

3. 次に該当する方は検査を受けられない場合があります。検査前に主治医とご相談ください。:

- ① 以前に造影剤で具合が悪くなったことがある。
- ② 3週間以内に鉄剤の造影剤を使ったMRI検査を受けている。
(検査に影響することがあるため要確認)
- ③ 気管支喘息やアレルギー体質である。
- ④ 腎臓の機能低下、腎臓の病気がある。(造影剤の排泄が遅れる)
- ⑤ 授乳中である。
(検査を受けることは可能ですが造影剤使用後48時間は母乳を捨ててください。)

4. 同意書撤回について:

同意した後であっても、実施前であれば同意を撤回することができます。同意を撤回することで不利益を被ることはありません。

説明日 _____

説明医師 _____

印 _____

同席看護師 _____

札幌東徳洲会病院 病院長殿

私は上記内容の説明を受け、質問する機会を得ました。上記の検査に関して理解できましたので、上記の実施に、

同意します。

同意しません。

日 時 _____ 年 月 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

患者氏名 _____ (自筆署名もしくは記名捺印)

※代筆した場合は代筆者の氏名 (_____)

代理人 _____ (続柄 _____) (自筆署名もしくは記名捺印)

代筆者又は代理人が署名した場合は、患者本人が署名できなかった理由を記載してください。

(_____)