造影【ＣＴ・Ｘ線】検査承諾書（同意書）

今回実施する検査は”ヨード系造影剤”という薬剤を注射して行う予定です。
造影剤を用いることにより、正確で精度の良い診断が可能となります。またＣＴ検査等では造影剤を使用しなくても検査は行えますが、十分な診断ができない場合があります。
ヨード系造影剤は安全な薬剤ですが、稀に副作用が起こる事もあります。副作用の種類は次のようなものです。

１）軽い副作用：吐き気・動悸・頭痛・かゆみ・発疹などで、基本的に治療を要しません。
　このような副作用の発生する確率は、約１００人につき５人以下、つまり５％以下です。
２）重い副作用：呼吸困難・意識障害・血圧低下などです。このような副作用は、通常は治療が必要で、後遺症が残る可能性があります。このため、入院や手術が必要な事もあります。
３）病状・体質によって約１０～２０万人につき１人の割合（0.0005～0.001%）で、死亡することもあります。

アレルギー体質、喘息の既往のある方にはこれらの副作用の発生する確率が高くなります。造影剤は腎臓から排泄される為、腎機能の悪い方では更に悪化させることがあります。
このように重篤な副作用の発生する確率は、非常に稀といえる数字ではありますが、決して１００％安全な検査ではないことをご了承ください。
また、遅発性副作用が、造影剤使用後１時間から数日後に現れることがあります。発疹・発赤・蕁麻疹・悪心・嘔吐・血圧低下・頭痛等の症状が現れる場合があり、重症例の報告もあります。

検査室において造影剤を注射するときには、

１）注入直後、体が熱くなることがありますが、直接の刺激であり心配ありません。
２）勢いよく造影剤を注入する為に、血管外に造影剤が漏れることがあります。この場合には、注射部位がはれて、痛みをともなうこともあります。基本的には時間がたてば吸収されるので心配ありません。非常に稀ですが、漏れた量が非常に多い場合には、別の処置が必要となることもあります。

当院では万一の副作用に対して万全の体制を整えて、検査を行っています。上記症状が現れた場合、ためらわず、すぐにお知らせください。もし副作用が現れても、最善の処置を致します。
検査をできるだけ安全確実に行う為に別紙問診票にお答えください。

私は、現在の病状、造影検査について説明を受け納得致しましたので【ＣＴ・Ｘ線】造影検査を受けることに同意致します。

承諾日　　年　　月　　日　　（＊自筆署名又は記名押印）

患者様氏名または代理人　（続柄　　）　署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

未成年患者様の親権者　（続柄　　）　署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記患者様に対し私が検査に関する説明を行い、同意されたことを確認しました。

大手前病院担当医師　署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

同席職員（無・有）　署名＿＿＿＿＿＿＿＿（　医師・看護師　）