

ヨード造影剤検査説明・同意書

(DIP, 血管造影, 他)

患者名 _____ 様

**あなたの病気を診断するために、ヨード造影剤を使った検査を行います。
病気の状態を詳しく調べて治療方針を決めるために重要な検査です。**

ヨード造影剤という薬剤を血管(動脈・静脈)に注射して検査を行うと、病気によっては内臓や血管、腫瘍などの病変を詳しく検査できます。ヨード造影剤もほかの薬剤と同じように、副作用が起こる可能性があります。

軽い副作用

吐き気、嘔吐、じんましん、かゆみ、むくみ、手足やからだの灼熱感など
100 人に数人の確率で起こることがあります。そのほとんどは自然に、あるいは適切な治療により回復します。

重い副作用

呼吸困難、血圧低下、ショック、意識消失、心停止など 1万人に数人の確率で起こる可能性があり、適切な治療が必要となります。

遅発性副作用

副作用の多くは、検査の数時間以内に起こりますが、ごくまれに数時間～数日後に起こることがあります。

- これらの副作用は、以前にヨード造影剤を使って副作用が起こったことがある方、気管支喘息・心臓病を患っている方、アレルギーを起こしやすい体質の方では一般の人と比べて多く起こることが知られています。
- 腎臓の働きが低下した人は、造影剤の体外への排泄が遅いため、副作用が強く出ることがあります。
- 造影剤が血管外に漏れて、注射した部位が腫れて痛むことがあります。
- 以前に、造影剤を使用した検査で副作用が出なかった方でも、今回の検査で副作用が出ないとは限りません。

副作用が起こった場合には、迅速かつ適切に対応いたします。

年 月 日 _____ 科 医師 _____ 同席者 _____

聖フランシスコ病院長殿

同意します

私は、上記内容の説明を受け、検査を受けることに同意しました。また、その医療行為に不可避の緊急または予想外の処置をする必要性が生じた場合には、速やかに施行されることについても同意します。

同意しません

年 月 日 _____ 患者氏名: _____ 同席者 _____
尚、本人が同意の意志表示が困難な場合、同意者の署名に代える。
同意者氏名: _____ 続柄 [_____]