

MRI造影剤血管内投与の説明及び同意書

造影剤の使用目的

造影剤を用いることで、用いない場合と比較して病変部の大きさ・形状・性質をより正確に把握できるため、診断能の向上に大いに寄与します。

当院で使用する造影剤：マグネスコープ 10ml or 15ml (ゲルベ社製)

問診

使用経験・体質について確認が必要です。以下の質問にチェックマーク (✓) でお答え下さい。

- ・ 体重は何kgですか？ (_____ kg)
- ・ 今までにMRI造影剤を用いた検査の経験がありますか？ はい いいえ
はいの場合 その際何か副作用はありましたか？
発疹・嘔吐・気分不良・その他 (_____)
- ・ アレルギー体質ですか？ はい いいえ
はいの場合 喘息(本人 or 親兄弟)・発疹・蕁麻疹・アレルギー性鼻炎
薬剤過敏症・その他 (_____)
- ・ 腎臓の機能について医師から指摘されたことがありますか？ はい いいえ
はいの場合 慢性腎障害・急性腎不全・その他 (_____)
- ・ 痙攣・てんかんを起こしたことがありますか？ はい いいえ
- ・ (女性の方のみ) 現在妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ
- ・ (女性の方のみ) 現在授乳中ですか？ はい いいえ

造影剤の副作用

検査に有益な情報をもたらす造影剤ですが、ごくまれに副作用が現れることがあります。

軽症：悪心 (0.1%)

発疹・蕁麻疹・そう痒感・血圧低下・咳嗽・嘔吐・頭痛・目の異物感・味覚異常 (0.1%未満)

重症：ショック・アナフィラキシー・血圧低下・意識消失・呼吸困難・喉頭浮腫・顔面浮腫

全身紅潮・蕁麻疹 (頻度不明、軽症の副作用よりも極めて低い)

腎性全身性線維症 (海外でのみ腎機能低下患者で報告あり)

尚、副作用は検査終了後数日たって生じる場合もあります。万が一症状が出た際には当院へご連絡下さい。

同意書

熊本脳神経外科病院殿

造影剤の血管内投与について使用目的と副作用について理解し、納得しましたので造影剤の使用に同意します。また、副作用発生時などの緊急時に医師が判断した処置を受けることにも同意します。

平成 年 月 日

2回目以降は以下に御記入下さい

署名 (自署) _____

_____ 年 月 日

保護者 代理者 _____ 続柄 (_____)

_____ 年 月 日

説明医師 _____

_____ 年 月 日

_____ 年 月 日

_____ 年 月 日