

CT 造影検査説明書

《造影 CT 検査を受けられる方へ》

あなたは、医師から造影CT検査が必要と判断されました。
以下のとおり概要をご説明します。「必要性」と「副作用」をご考慮の上、造影剤の投与にご同意頂ける方は、別紙の「問診票・同意書」にご署名ください。
なお、署名された後に同意を撤回することもできます。

1.造影剤の使用について

- ・造影剤を静脈に注射し、血管やいろんな臓器を見やすくします。腫瘍などもわかりやすくなり、正確な診断ができます。ただし、これを使用しなくてもよい場合がありますので、造影する部位や病気の種類によって、使用するか否かを検査時に検討させていただきます。

2.造影剤の副作用・合併症について

- ・造影剤による何らかの副作用が 100 人中 3 人くらいの頻度であることが学会等で報告されています。多くは熱感、かゆみ、じんま疹、吐き気といった軽症で治療の必要はありません。
- ・ただし、冷汗、血圧低下、呼吸困難、ショックといった重症なものが、1,000～10,000 人に1人くらいの頻度で治療が必要となります。極めて稀で重篤なショックでの死亡が 30 万人に 1 人程度で報告されています。
- ・血管外漏出(注射漏れ)について
造影剤の注入に関しては、細心の注意をもって実施していますが、自動注入器を使用するため血管に圧力がかかり、痛みと腫れを伴って血管外にもれることがまれにあります。通常は時間経過とともに自然吸収されますが、漏れた量によっては別に処置が必要となることもあります。

3.緊急時の対応について

- ・上述のような副作用が発生した場合は、検査担当医師や看護師が適宜対応いたします。また、副作用が重篤な場合は、他科の医師と協議し、必要な処置をいたします。
なお、症状によっては入院治療等が必要になることがあります。

4.検査前の処置について

- ・検査前の食事は基本的にご遠慮ください。水分摂取の制限はありませんが、乳飲料製品はご遠慮ください。お薬の服用は、担当医師にご確認ください。

5.検査後の生活について

- ・造影剤は尿と一緒に排泄されますので、普段より多めに水分を摂取してください。食事も普段どおり摂取してもらって構いません。
ただし、検査後数時間から数日間に発疹、かゆみが出る場合があります。
その際は、担当医師若しくは出水総合医療センター放射線科にご相談ください。

6.お願い

- ・この「説明書」は、ご本人の控えとなります。
検査当日に体調が悪い方は担当職員へお申し出下さい。

CT造影剤問診表および同意書(院外用)

※CT造影検査を受ける患者様には、必ず下記の項目のチェックをお願いします。
※この検査問診票・同意書は検査当日に患者様にご持参をお願いします。
※疑問や質問は地域連携室にご相談下さい、

【連絡先】出水総合医療センター 地域連携室 Tel:0996-67-1657

《 問診票 》

○造影剤使用に関する質問にお答え下さい。※該当するものにチェックして下さい。

1. これまでの造影剤使用歴

無し 有り→その内容[CT MRI 尿路造影 血管造影 その他()]

2. 造影剤の副作用歴

無し 有り→その内容[じんま疹 嘔吐 嘔気 血圧低下 その他()]

3. ぜん息の有無

無し 有り→その内容[現在治療中 治癒 小児ぜん息]

4. アレルギー歴

無し 有り→その内容[アトピー 鼻炎 薬 食物 その他()]

5. 腎臓病の有無

無し 有り→その内容[腎不全 透析中 その他()]

6. 腎機能

Cr値 _____ mg/dl eGFR _____ ml/min/1.73m²

7. ビグアナイド系糖尿病治療薬の服用(* 有りの場合は休薬が必要です。)

無し 有り→その内容[グリコラン錠 メット錠 フリオ錠 その他()]

8. 体重

_____ kg

9. 体内金属の有無

無し 有り→その内容[ペースメーカー 植え込み型除細動器(ICD) その他()]

10. 造影剤の使用、副作用について説明

済み

《 造影検査同意書 》

出水総合医療センター 院長殿

○造影剤検査に際し、造影剤の必要性や副作用について十分理解した上で、これを投与されることに

同意します 同意しません

診療科 _____ 年 _____ 月 _____ 日 患者様 氏名 _____

(代理人)氏名 _____

説明者: _____ 医師名: _____

同席職員氏名 _____ (職名: _____)

※:必要事項を記入の上、担当職員にお渡し下さい

出水総合医療センター 放射線技術科(TEL 0996-67-1611 内線1119)

2019.10 改訂