

造影剤を使用するMRI検査に関する説明書 (院外紹介用)

検査予約日 20 年 月 日 予約時間 :

紹介元ご施設名: _____

氏名: _____ 様 生年月日: _____

1. 造影MRI検査の目的と方法について

目的: 通常のMRI検査に加え血管や血流の状態をより詳しく診断するために行います。

方法: ガドリニウム系造影剤を10~20ml前後(疾病や体格により異なります)腕から静脈注射します。

2. 造影剤使用による副作用・危険性・合併症について

MRI用造影剤は比較的安全な薬剤ですが、他の薬と同様に副作用が出現する可能性があります。

投与後すぐ(直後~30分以内)に発生する可能性があります。

嘔気・嘔吐・頭痛・発疹・かゆみ・手足のむくみ・冷汗が現れることがあります。

(頻度500人~1000人に1人)

また、呼吸困難・ショックなど生命にかかわる重篤な症状が出ることもあります。(頻度数万人に1人)

非常に稀に他の薬剤と同様100万人に1人の割合で死亡例の報告もあります。

*異常を感じた場合はお知らせ下さい。

3. 造影剤の副作用の予測と緊急処置について

造影剤で副作用を起こすかどうか調べる方法は現在のところありません。

当院では副作用に対応できる体制を整えて検査を行っており、緊急時には最善の処置を施行いたします。

4. 同意書撤回について

この同意は検査施行までならいつでも撤回できますのでお申し出ください。

5. 同意書に同意いただけない場合の代替え検査

造影剤使用に同意いただけない場合、単純MRI検査(造影剤を用いない)にて検査を行う場合があります。

その他

① 稀に造影剤が血管の外に漏れ痛みを伴うことがあります。漏れた造影剤はじきに吸収されますが、腫れが強い場合には処置が必要になりますのでお知らせ下さい。

また、造影剤注入時痛みがある場合は確認いたしますのでお知らせ下さい。

② 前回の検査時(造影検査)に異常がなくても、今回副作用が出る可能性があります。

③ 同じ検査を繰り返し行う場合は、検査毎に同意書が必要です。

④ その他、気になることがある方は、医師・看護師・放射線技師までご相談ください。

造影MRI検査に関する同意書 (院外紹介用)

検査予約日 20 年 月 日 予約時間 :

紹介元ご施設名: _____

氏名: _____ 様 生年月日: _____

*検査当日、同意書及び問診票は必ず持参し、放射線科受付へ提出してください。

私は造影剤に関してその必要性和副作用の可能性について説明を受け理解いたしました。
私は造影剤の血管内注射に同意します。
また万一、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。

_____ 年 月 日 時 分

本人氏名: _____

代筆者・代諾者 氏名: _____ 患者との続柄: _____

中部徳洲会病院院長 殿

-以下 紹介元医師記入欄-

○説明日: _____ 年 月 日 時 分

○紹介元ご施設名: _____

○説明医師自筆ご署名: _____

説明医師自筆署名を必ずお願いいたします。

造影剤を用いるMRI検査 問診票 (院外紹介用)

検査予約日 20 年 月 日 予約時間 :

紹介元ご施設名: _____

氏名: _____ 様 生年月日: _____

造影剤を用いるMRI検査を行うにあたり、貴方のお体の状態を確認いたします。
お分かりになる範囲で結構ですので、以下の質問にお答えください。

●

あてはまるものにチェックしてください。

1. 今まで、造影剤(注射/点滴)を用いた検査を受けたことがありますか？

なし あり→ CT検査 尿路造影 胆道造影 血管造影 MRI検査

2. その時、副作用はありましたか？

なし あり→ 発疹 かゆみ 吐き気 嘔吐 頭痛 その他 ()

3. 飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことがありますか？

なし あり→ 具体的にお書き下さい ()

4. 今までに喘息(ぜんそく)といわれたことはありますか？

なし あり→ 具体的にお書き下さい ()

5. アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？

なし あり→ じんましん アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎
 薬のアレルギー 薬剤名:()
 食物のアレルギー 食物名:()
 その他 ()

6. 腎臓の働きが悪い(腎不全)などといわれたことはありますか？

なし あり→ 具体的にお書き下さい ()

7. 現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか？

なし あり わからない

8. 体重をご記入ください。 (_____ kg)

検査担当医・放射線科医の判断で造影剤を使用しない場合もありますので、ご了承ください。

造影剤を使用するMRI検査に関する説明書 (院外紹介用)

検査予約日 20 年 月 日 予約時間 :

紹介元ご施設名: _____

氏名: _____ 様 生年月日: _____

1. 造影MRI検査の目的と方法について

目的: 通常のMRI検査に加え血管や血流の状態をより詳しく診断するために行います。

方法: ガドリニウム系造影剤を10~20ml前後(疾病や体格により異なります)腕から静脈注射します。

2. 造影剤使用による副作用・危険性・合併症について

MRI用造影剤は比較的安全な薬剤ですが、他の薬と同様に副作用が出現する可能性があります。

投与後すぐ(直後~30分以内)に発生する可能性があります。

嘔気・嘔吐・頭痛・発疹・かゆみ・手足のむくみ・冷汗が現れることがあります。

(頻度500人~1000人に1人)

また、呼吸困難・ショックなど生命にかかわる重篤な症状が出ることもあります。(頻度数万人に1人)

非常に稀に他の薬剤と同様100万人に1人の割合で死亡例の報告もあります。

*異常を感じた場合はお知らせ下さい。

3. 造影剤の副作用の予測と緊急処置について

造影剤で副作用を起こすかどうか調べる方法は現在のところありません。

当院では副作用に対応できる体制を整えて検査を行っており、緊急時には最善の処置を施行いたします。

4. 同意書撤回について

この同意は検査施行までならいつでも撤回できますのでお申し出ください。

5. 同意書に同意いただけない場合の代替え検査

造影剤使用に同意いただけない場合、単純MRI検査(造影剤を用いない)にて検査を行う場合があります。

その他

①稀に造影剤が血管の外に漏れ痛みを伴うことがあります。漏れた造影剤はじきに吸収されますが、腫れが強い場合には処置が必要になりますのでお知らせ下さい。

また、造影剤注入時痛みがある場合は確認いたしますのでお知らせ下さい。

②前回の検査時(造影検査)に異常がなくても、今回副作用が出る可能性があります。

③同じ検査を繰り返し行う場合は、検査毎に同意書が必要です。

④その他、気になることがある方は、医師・看護師・放射線技師までご相談ください。

造影MRI検査に関する同意書 (院外紹介用)

検査予約日 20 年 月 日 予約時間 :

紹介元ご施設名: _____

氏名: _____ 様 生年月日: _____

* 検査当日、同意書及び問診票は必ず持参し、放射線科受付へ提出してください。

私は造影剤に関してその必要性和副作用の可能性について説明を受け理解いたしました。
私は造影剤の血管内注射に同意します。
また万一、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。

_____ 年 月 日 時 分

本人氏名: _____

代筆者・代諾者 氏名: _____ 患者との続柄: _____

中部徳洲会病院院長 殿

-以下 紹介元医師記入欄-

○説明日: _____ 年 月 日 時 分

○紹介元ご施設名: _____

○説明医師自筆ご署名: _____

説明医師自筆署名を必ずお願いいたします。

