

【ヨード造影剤について】

造影剤は内臓の状態や病気の性質を詳しく知るための製剤です。

多くは腕などの静脈から注射しますが、消化管(食道・胃・腸など)や尿路、卵管などに用いる場合もあります。

投与後、血管等を介して診たい部分や臓器に達し、血流状態や分布状態を表します。これにより、造影剤を使用しない場合と比べて、より病気を見つけられる事から造影剤は必要となります。

ヨード造影剤を使用できない場合は、その他の画像検査を行うことがあります。

【ヨード造影剤の副作用について】

ヨード造影剤は比較的安全な薬剤ですが、他の薬剤と同様に副作用が出現することがあります。

万一副作用が生じた場合にも、すばやく対応できるようにした上で検査を行います。

◇ 軽い副作用：吐き気、嘔吐、かゆみ、発疹、めまいなど（頻度は100人に5人以下）

通常、治療が不要か数回の服薬や注射で回復します

◇ 重い副作用：呼吸困難、血圧低下、意識消失など（頻度は数万人に1人以下）

入院、治療が必要で場合によっては後遺症が残る可能性があります

非常に稀ですが死亡に至った例もあります（数十万人に1人）

※ 注射の場合、造影剤が血管外にもれることがあります。基本的には時間が経過すれば体内に吸収されます。

稀に、漏れた量が多い場合には、別の処置が必要となることもあります。

【ヨード造影剤の禁忌】

次のような方は副作用が出やすい場合や造影剤が使用できない場合があります。

- | | |
|----------------------|--------------|
| ◇ ヨード造影剤に副作用の既往歴がある | ◇ 高血圧 |
| ◇ 重篤な甲状腺疾患(甲状腺機能亢進症) | ◇ 痛風 |
| ◇ 気管支喘息 | ◇ 褐色細胞腫 |
| ◇ アレルギー体質 | ◇ 多発性骨髄腫 |
| ◇ 心疾患 | ◇ マクログロブリン血症 |
| ◇ 糖尿病 | ◇ テタニー |
| ◇ 腎機能障害 | ◇ 妊娠、授乳中 |
| ◇ タンパク尿の既往 | |

【ヨード造影剤との併用注意薬剤】(下記の薬剤使用の方は主治医までお知らせ下さい)

- | | |
|-----------------------|---------------|
| ◇ ビグアナイド系糖尿病薬(メトホルミン) | ◇ アミノグリコシド系薬物 |
| ◇ インターロイキン-2 | ◇ β遮断薬 |
| ◇ 非ステロイド抗炎症薬 | |

【検査後の注意事項】

検査終了後は以下のことにご注意下さい。

- ◇ 造影剤の排泄をうながすためにできるだけ多く水分(お水やお茶など)をお取り下さい。
- ◇ 稀に投与開始より1時間～数日たってから、副作用があらわれる場合があります。何か症状があらわれましたら、主治医(病院)にご連絡下さい。
- ◇ 授乳中の方は、投与後48時間授乳を避けて下さい。

ヨード造影剤使用の同意書

患者氏名 _____

検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

身長 _____ cm 体重 _____ kg

【問診】 以下の問診に際してご不明な点があれば、主治医にご相談下さい。

過去の造影剤検査の有無 (あり・なし・不明)

造影 CT ・ 血管造影 ・ 尿路造影 ・ 卵管造影 ・ 造影 MRI ・ その他()

副作用出現の有無と症状 (あり・なし・不明)

()年()月()の検査で

吐き気 ・ 嘔吐 ・ かゆみ ・ 発疹 ・ めまい ・ その他()の症状がみられた。

甲状腺疾患 (あり・なし)

病名 _____

気管支喘息 (あり・なし)

アレルギー体質 (あり・なし)

病名 _____

心疾患 (あり・なし)

以下の病気の既往 (あり・なし)

[腎疾患 ・ 糖尿病 ・ タンパク尿 ・ 高血圧 ・ 痛風]

上記疾患ありの場合、直近の eGFR または血清クレアチニン値 値.....

日付.....

その他疾患 (あり・なし)

[褐色細胞腫 ・ 多発性骨髄腫 ・ マクログロブリン血症 ・ テタニー]

現在服用中の薬物 (あり・なし)

[ビグアナイド系糖尿病薬 ・ インターロイキン-2 ・ 非ステロイド抗炎症薬 ・ アミノグリコシド系薬物 ・ β 遮断薬]

※女性の方へ

現在、妊娠されていますか？ (はい・いいえ)

現在、授乳中ですか？ (はい・いいえ)

みたき総合病院長殿

・この度、貴院にて検査を受けるにあたり、担当医師から現在の病状、検査の概要とその必要性、副作用など、診療内容について十分説明を受けて納得致しましたので、検査を受けることを同意します。また、それに関連して医師が必要と認めた治療行為を受けることを承諾します。

・セカンドオピニオンを得る機会があること、この決定に関しては、いつでも撤回をすることも可能であるとの説明を受けました。

年 月 日

患者本人又は代理人(続柄 _____)

・造影剤使用について説明をしました。

年 月 日

医師名 _____

印 _____