CT検査におけるヨード造影剤使用に関するご説明と同意書

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　　最新クレアチニン値　　mg/dℓ（　　年　　月　　日）

主治医の依頼によるCT検査が　　年　　月　　日に予定されています

CT検査はエックス線とコンピューターを使用して深部の体内を観察します。CT検査の約半数の例でヨード造影剤の静脈内投与を必要とする場合があります。ヨード造影剤は検査のための薬剤でより詳しい画像情報を得るために投与されます。

ヨード造影剤は基本的には安全な薬剤ですが、ある程度の確率で副作用が生じることが知られています。ここに書かれている事項をよくお読みいただき、ヨード造影剤の使用に同意頂けましたら署名をお願いいたします。同意頂けない場合でも造影剤を用いないで、可能な限り正確な診断となるよう検査を施行いたします。

また喘息を有する患者様は発作を誘発する可能性がありますので造影剤の使用は原則禁忌です。

① 軽い副作用･･･かゆみ.発疹.発赤.悪心.嘔気
　これらの副作用は100人中 3 人すなわち3%前後の頻度で起こるといわれていますが、
　通常は特に治療を必要とせず、検査当日でほぼ治まります。

② 重篤な副作用･･･急激な血圧低下（ショック）.意識消失.呼吸困難.喉頭浮腫
　発生の頻度は2500人中1人約0．04%とわずかですが点滴など治療を必要とします。
　また他の多くの薬剤と同様ごく稀に（10万人に1人、0．001%の頻度）死亡例の報告もありますが、当院ではいままでそのような事例はありません。

③ 遅発性副作用･･･頭痛.悪心.発疹.かゆみ.吐気.蕁麻疹
　検査後30分から数日で発生することがあります。その際には主治医にご相談ください。
　救急外来を受診することも可能です。

上記事項を確認の上、ヨード造影剤使用について同意の有無をお答えください。

CT検査におけるヨード造影剤使用に同意する。　　はい　　いいえ
（どちらか〇でかこんでください）

年　　月　　日

署名（本人）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

ご本人が署名できない場合には、ご親族などの代理人が署名してください。

代理人署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

説明医師署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

共立蒲原総合病院