

造影CT検査に関する説明

目 的

検査予定日 平成 年 月 日

造影CTは通常のCT検査に加え、ヨード造影剤という薬を注射しながら人体を輪切りにしたような画像を撮影します。造影剤が血管内を流れるので、画像ではその部分が際立って写ります。

それにより病気の有無や病気の性質、範囲といったことを正確に評価できます。

方 法

- ① 検査の4時間前から絶食します。
- ② 造影剤を注入するルート確保のため、点滴をします。
- ③ CT検査室で、検査台に仰向けに寝た状態で行います。
- ④ ヨード造影剤を腕から静脈注射します。
- ⑤ 注入すると体がカーッと熱くなりますが徐々におさまります。
- ⑥ 検査時間は15分程度ですが、検査の準備や検査後の安静でトータル1時間程度かかります。

合 併 症

※過去にヨード造影剤で副作用があった方は必ず申し出てください。

ヨード造影剤によるアレルギー反応

即時性反応（投与直後～30分以内に起こります）

- 吐き気、発疹、かゆみ、くしゃみ、動悸、頭痛の頻度は5%未満（100人につき5人以下）
これらは治療を要さないか、数回の投薬や注射で回復するものです。
- 血圧低下、呼吸困難、ショック、けいれん、意識障害、腎不全の頻度は0.1%未満（1000人につき1人以下）。入院のうえ治療が必要で場合によっては後遺症を残すことがあります。
- 病状・体質によっては死亡する場合があります。頻度は0.0005～0.001%（10万～20万人に1人）

遅発性反応（投与1時間～数日後に認められます）

- 悪心・嘔吐、発疹、かゆみ、頭痛、血圧低下、腎不全

そ の 他

- 造影剤を勢いよく注入する必要があるため、稀に造影剤が血管の外に漏れて痛みを伴うことがあります。漏れた造影剤はしばらくして吸収されますが、腫れや痛みがひどい場合はお知らせください。
- もし体調が変だと感じたら、ためらわずにすぐにおっしゃってください。その他わからないことや、気になることがあれば検査担当者にお申し出ください。

薬の注意

一部の血糖降下剤（**ビグアナイド系糖尿病薬**）とヨード造影剤を併用すると重篤な副作用をおこす危険性があります。以下の薬剤を服用中の場合は、造影剤使用前後2日間（合計5日間）休薬の必要があります。

休薬がなされていない場合は造影検査ができません。

メタクト配合錠・メトグルコ錠・グリコラン錠・メデット錠・メルビン錠・ネルビス錠・メトホルミン塩酸塩錠「トーワ」・メトリオン錠・ジベトス錠・ジベトンS腸溶錠

検査は熟練した技師が行い、患者さんの状態をそばで観察しておりますが、低いながらも合併症が起こることは否定できません。すべての合併症を事前に予測することは不可能です。万が一副作用や偶発症が起きた場合は最善の処置と治療を行います。この際、入院期間を延長したり、緊急の処置や治療が必要になったりする事もあります。これらの診療は通常の保険診療にて患者さんの負担で行われます。

同意が得られない場合、検査は行いません。また同意書を提出された後でもお申し出があれば検査を中止することができます。

以上、造影CT検査に関して、目的、合併症などについて説明いたしました。皆様には納得していただいた上で、検査を受けていただくよう心がけております。説明をお聞きになってご不明な点は遠慮なく担当医、またはスタッフにお尋ねください。実施前であれば同意を取り消すことができます。

主治医または説明医師の総合評価 検査（可・不可）※主治医、または説明医師が記載

説明日：平成（ ）年（ ）月（ ）日

説明医師：（ ）科 氏 名：（ ）

同席者署名：（ ） ※記載無き場合は同席者無し

同意書

甲南病院病院長 殿

このたび私は造影CT検査の内容説明を受け、かつそれに対する十分な質問の機会が与えられ理解しました。
また、緊急の処置をする必要が生じた時は、適宜処置を受けることについても理解しましたので

 同意する 同意しない（理由：（ ））

平成（ ）年（ ）月（ ）日 患者署名：（ ）

保護者又は親権者・親族等署名：（ ）

※患者さんが未成年の場合は保護者の同意（署名）が必要です。

特別な理由により同意書が得られない場合

担当者は該当理由項目にチェックして署名する（複数選択可）

 緊急の対応が必要で、同意を得る時間的余裕がない 患者さんの病態が重篤あるいは意識障害のため同意を得る状態にない 患者さんのご家族または代理人と連絡が取れない その他（（ ））

平成（ ）年（ ）月（ ）日

担当者：（ ）科 氏 名：（ ）

造影CT検査 問診表

- | | |
|------------------------------------|----------|
| ① 今まで造影剤（注射・点滴）を使ったことがありますか？ | はい ・ いいえ |
| 「はい」の方…その時に吐き気、じんましんなどの副作用はありましたか？ | はい ・ いいえ |
| ② アレルギー体質ですか？ | はい ・ いいえ |
| 「はい」の方…何アレルギーですか？（ | |
| ③ 気管支喘息と言われたことがありますか？ | はい ・ いいえ |
| ④ 糖尿病の薬を飲んでいますか？ | はい ・ いいえ |
| 「はい」の方…薬の名前を書いてください（ | |
| ⑤ 心臓病の薬を飲んでいますか？ | はい ・ いいえ |
| 「はい」の方…薬の名前を書いてください（ | |
| ⑥ 腎臓の働きが悪い（腎不全）と言われたことがありますか？ | はい ・ いいえ |
| ⑦ 甲状腺機能亢進症（バセドウ病）と言われたことがありますか？ | はい ・ いいえ |
| ⑧ 女性の方へ…現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？ | はい ・ いいえ |
| ⑨ 女性の方へ…現在、授乳中ですか？ | はい ・ いいえ |