

造影検査を受けられる患者さまへ(MRI)

(公財) 操風会 岡山旭東病院

今回受けられる MRI 検査ではガドリニウム造影剤を用いて撮影を行います。
この造影剤は病気の有無や性質、範囲などをより正確に評価するために用います。

◆副作用について

造影剤を使用すると、稀に副作用が起きることがあります。**喘息・アレルギー体質・造影剤副作用歴のある方は副作用が起こる確率は高くなります。また、腎機能が低下している方は、下記に示すように*腎性全身性線維症(NSF)発症の確率が高くなります。**

万一、副作用が起こった場合には直ちに治療できる体制を整えています。

*腎性全身性線維症(Nephrogenic Systemic Fibrosis : NSF)とは、

ガドリニウム造影剤投与、数日から数ヶ月後に皮膚の発赤・発疹・腫脹・疼痛・硬化などで発症し、進行すると、皮膚の硬化・色素沈着・関節拘縮・臓器の線維化などを起こす疾患です。

危険因子は急性腎不全・重度の慢性腎障害・透析患者などです。

1. 腎機能の評価

ガドリニウム造影 MRI 検査にあたっては、事前に腎機能評価を行うため血清クレアチニン値の測定を行いますので、**MRI 検査前に採血をさせていただきます。**

他院で行った採血データがございましたらご持参ください。

2. 軽い副作用

吐き気・かゆみ・発疹・咳・くしゃみ・咽喉頭(のど)違和感・動悸・頭痛などです。

このような副作用の起こる確率は約 200 人～500 人に 1 人です。

3. 重い副作用

呼吸困難・喘息発作・ショック・けいれん・意識障害・血圧低下などです。

このような副作用は、通常は治療が必要で、後遺症が残る可能性があります。

このような副作用が起こる確率は、約 1 万人につき 5 人以下 (0.05%以下) です。

病状・体質によっては約 100 万人に 1 人の確率 (0.0001%) で死亡する場合があります。

4. 遅発性副作用

造影剤の副作用は通常、造影剤投与直後から数分後に起こりますが、数時間後から数日後に起こる場合もあります。帰宅後、数日の間に、何か変わったこと(発疹・むくみ・かゆみなど)が起こりましたら、すぐに来院されるか、病院へご連絡ください。

5. 検査の適応について

患者さまの病気や経歴により、検査の適応について慎重に検討する必要があります。

裏面の問診票は検査適応についての重要な資料となりますので、正確に記載してください。

内容について、ご不明、ご不安な点があれば遠慮なくご相談ください。

問診票の内容によっては造影剤が使用できない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

6. 問診票のご記入と承諾書のご署名について

以上の説明内容をもとに裏面の問診票をご記入ください。問診票の結果をもとに造影 MRI 検査の可否を判断させていただきます。検査可能な場合には承諾書にご署名をお願いします。承諾書にご署名された後でも、不安があれば造影検査を拒否することも可能です。なお、検査についてのご不明・ご不安な点は、遠慮なく担当医師にご相談ください。

お問い合わせ 岡山旭東病院 放射線課

TEL : 086-276-5670

(月～金 8 : 30～17 : 30、土曜日 8 : 30～13 : 00)

病院代表

TEL : 086-276-3231 (夜間・祝祭日、土曜日午後)

造影検査問診票と承諾書(MRI)

(公財) 操風会 岡山旭東病院

ID: _____ 氏名: _____ 様 [体重: _____ Kg]

【造影 MRI 検査問診票】

1. 今までに造影検査を受けたことがありますか？

「いいえ」 「はい」 「わからない」

「はい」と答えた方のみお答えください。

①どの病院で造影検査をされましたか？ 「旭東病院」 「他院 (_____)」

②どのような造影検査をされましたか？ 「造影 MRI」 「造影 CT」 「その他 (_____)」

③そのときに造影剤によると思われる副作用がありましたか？ (吐き気・嘔吐・蕁麻疹など)

「いいえ」 「はい (具体的に: _____)」 「わからない」

2. 薬物・食物アレルギー、喘息、アトピー、花粉症等のアレルギー性の病気、体質はありますか？

「いいえ」 「はい (具体的に: _____)」 「わからない」

3. 心臓病、腎臓病、甲状腺の病気等がありますか？

「いいえ」 「はい (具体的に: _____)」 「わからない」

4. 妊娠中またはその可能性はありますか？

「いいえ」 「はい」 「わからない」

5. 現在授乳中ですか？

「いいえ」 「はい」

【造影 MRI 検査承諾書】

私は造影 MRI 検査を受けるにあたり、造影検査の必要性と造影剤使用の際の副作用の恐れについて説明を受け理解しました。私は造影 MRI 検査を受けることを承諾します。また、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。

*承諾される場合には下記の「1. 承諾する」に○を、

承諾されない場合には「2. 承諾しない」を○で囲み、署名の欄にご署名ください。

1. 承諾する

2. 承諾しない

年 月 日

患者 (承諾者) 署名 _____ (患者さまとの続柄 _____)

【説明医師署名欄】 (説明した医師が署名してください)

上記患者に対して、私が造影 MRI 検査について説明を行い、上記の承諾を確認しました。

説明実施日: _____ 年 月 日 署名 _____