

造影CT検査を依頼される際のご注意

造影CT検査を依頼されるときには、患者様に安全に検査を受けていただくために検査説明を行っていただくようお願いいたします。
「造影CT検査に関する説明、問診および同意書」の内容をご確認いただき、検査に同意される場合は問診をご記入のうえ、患者様と先生のご署名もお願いいたします。
造影CT検査を行う際に、患者様の意思や状態により造影検査が中止になることがありますのでご了承ください。

【造影CT検査における注意事項】

造影CT検査を行う際には以下の点にご注意ください。
禁忌、原則禁忌にあたる患者様は、まずは単純CTでの対応をご検討ください。

<禁忌>

- ・ヨード造影剤に過敏症の既往がある
- ・重篤な甲状腺疾患がある(甲状腺機能に変化を及ぼし、症状が悪化するおそれがある)

<原則禁忌>

- ※造影剤を使用しないことを原則とするが、診断上やむを得ない場合には慎重投与する
- ・一般状態の極度に悪い患者
 - ・気管支喘息
 - ・重篤な心障害
 - ・マクログロブリン血症
 - ・多発性骨髄腫
 - ・テタニー
 - ・褐色細胞腫

【造影剤と糖尿病薬の併用に関する注意】

ビグアナイド系糖尿病薬を服用されている患者様は、造影剤と併用することにより副作用が生じる場合があるため、当院では原則として**検査前の48時間、検査後の48時間の休薬**をお願いしております。
ビグアナイド系糖尿病薬の一例は「造影CT検査に関する説明、問診および同意書」の問診内に記載しておりますのでご参照ください。
服用している糖尿病薬が該当するか不明の場合は、処方された薬局へお問い合わせのうえ、検査のご予約をくださいますようお願いいたします。

造影CT検査に関する説明,問診および同意書

検査日

年 月 日

氏名 :

ID :

今回実施する検査は造影剤という薬剤を使用して行う検査です。
造影剤はより詳細な病気の評価を行い、診断を正確にするため使用します。
造影剤は安全な薬剤ですが、まれに造影剤アレルギーを含めた副作用が発生することがあります。

造影検査に関連した副作用

・軽い副作用

吐き気、嘔吐、動悸、頭痛、かゆみ、くしゃみ、発疹など。これらの症状は自然に軽快していきますが、症状の程度により薬による治療を行うことがあります。(5%以下)

・重い副作用

血圧低下、呼吸困難、意識障害、腎不全など。このような副作用は、入院治療が必要なことがあり、場合によっては後遺症が残る可能性があります(0.01~0.02%)。また、病状・体質によって極めてまれですが、死亡に至る

・その他

体が熱くなることがありますが、心配ありません。
勢いよく造影剤を注入するために、血管外に造影剤が漏れることがあります。基本的には、時間が経過すれば吸収されますので、少量の漏れは心配ありません。多量に漏れた場合は、別の処置が必要となることもあります。

アレルギー体質、喘息の既往のある方は、これらの副作用の起こる確率が高くなります。
また造影剤は腎臓から排出されるため、腎機能の悪い方ではさらに悪化させる可能性があります。
このような重篤な副作用は非常にまれですが、決して100%安全な検査ではないことをご承知ください。

造影検査に関する問診

- | | | |
|------------------------------------|----|-------|
| ① CTで造影剤を用いた検査を受けたことがありますか。 | なし | あり |
| ・上記で「あり」の方: 帰宅後も含め副作用はありましたか。 | なし | あり |
| どんな副作用でしたか。 | (|) |
| ② 薬や食物でアレルギーが出たことがありますか。 | なし | あり() |
| ③ アトピー性皮膚炎やアレルギー性鼻炎、花粉症などはありますか。 | なし | あり() |
| ④ 気管支喘息(ぜんそく)はありますか。 | なし | あり |
| ⑤ 腎臓に障害(腎不全など)はありますか。 | なし | あり |
| ⑥ 心臓に障害(心不全など)はありますか。 | なし | あり |
| ⑦ 甲状腺に障害(バセドウ病など)はありますか。 | なし | あり |
| ⑧ 現在糖尿病のお薬を飲んでおられる方はお薬の名前を記入してください | なし | あり |
| お薬の名前() | | |

* 造影CTでは、糖尿病薬によっては検査前48時間、検査後48時間内服を中止する必要があります。
ビグアナイド系糖尿病用薬(塩酸メトホルミン・グリコラン・メデット・メルビン・メタクト・メトグルコ・ネルビス
メトリオン・ジベトスなど)

- | | | |
|---------------------------|----|----|
| ⑨ 妊娠中、または妊娠している可能性はありますか。 | なし | あり |
| ⑩授乳中ですか。 | なし | あり |

投与後24時間以内の母乳への移行は投与量の1%未満、乳児の消化管からの吸収は母乳中の造影剤の1%未満であり、授乳制限なく検査を行っていますのでご了承をお願いします。

検査に対して検査内容・造影剤の副作用の説明を受け十分理解し必要であると判断しましたので、永井病院での実施に同意します。

年 月 日

本人または代理人ご署名: _____ (続柄 _____)

医師: _____

造影実施者 _____

説明問診担当者 _____