

MR I用ガドリニウム造影剤についての説明同意書

大分市医師会立アルメイダ病院

MRI検査では、ガドリニウム造影剤を静脈注射することがあります。この造影剤は病気の有無や病気の性質、範囲などをより正確に評価するために用いられるものです。

◆副作用について 造影剤を使用すると、まれに副作用が起きることがあります。

ぜんそく、アレルギー体質、造影剤副作用歴のある方は、この確率は高くなります。

1. 軽い副作用は吐き気、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、これらは治療を要さないか、1～2回の投薬や注射で回復します。このような副作用の起こる確率は約100人につき1～2人（1～2%）です。
 2. 重い副作用は呼吸困難、ぜんそく発作、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。そのため、入院や手術が必要なこともあります。このような副作用の起こる確率は、約1万人につき5人以下（約0.05%以下）です。病状・体質によっては約100万人に1人の割合（0.0001%）で死亡する場合があります。
 3. 造影剤を注射する際、まれに血管外に造影剤が漏れることにより、注射部位が腫れて強い痛みを伴うことがあります。
- ※ 造影剤による副作用は検査中に起こることが多いので、造影剤注入時や注入後に何か異常を感じられましたら、ためらわずにすぐにお知らせください。

◆検査予約時の注意点

- * 近年、腎機能が高度に低下した方（透析を行っている方、腎不全の方）にガドリニウム造影剤を使用し、腎性全身性線維症（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、その後皮膚の硬化や色素沈着、関節、拘縮などを生じる病気）を発症した報告があります。腎臓病のある方や透析を受けている方は、予約の時に必ず主治医にお申しください。
- * 今までにMRIガドリニウム系造影剤で副作用の起こった方は、原則としてこの造影剤は使用できません。もし造影剤副作用歴があれば、造影剤の種類を確認する必要があります。検査予約時に必ず主治医にお知らせください。
- * ぜんそくの方も副作用のリスクが高いため、予約の時に必ず主治医にお申し出ください。

◆検査後の注意点

- * この造影剤はおもに尿から排出されます。水分摂取制限のない方は、検査後しっかり水分をお取りください。
- * 造影剤の副作用は、通常は造影剤投与直後から数分後（検査中、検査直後）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）がございましたら、すぐに来院されるか、病院にご連絡ください。入院中の方は病棟主治医・看護師にお知らせください。

◆その他の注意点

- * 授乳中の方は、この造影剤注射後24時間は授乳を中止する必要があります。
- * 妊娠中の方、妊娠の可能性のある方は、主治医にご相談ください。

記入日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

MRI用造影剤問診票

MRI用造影剤による副作用として、かゆみ、じんましん、くしゃみ、咳、吐き気、おう吐、また、ごくまれに呼吸困難、ショックなどが起こることがあります。この副作用のリスクを予知するために以下の質問にお答えください。

1. ぜんそく、アレルギー体質、アレルギー性の病気や薬で副作用が起こったことがありますか

- なし ぜんそく じんましん アトピー性皮膚炎 食物アレルギー
アレルギー性鼻炎 飲み薬・注射薬()に対するアレルギーや副作用歴、
その他()

2. いまま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

2' **2で“あり”と答えた方、造影剤で副作用が起きたことがありますか。**

- なし あり
- 何の検査で起こりましたか
CT MRI 血管造影 腎臓造影 胆のう造影 心臓カテーテル
RI その他()
- どのような、副作用でしたか
じんましん 発赤 かゆみ くしゃみ 咳 口内異常
呼吸困難 おう吐 吐き気 頭痛 顔面むくみ
のどの違和感 その他()

3. 心臓病、腎臓病、糖尿病などの以下の病気がありますか。

- なし
心臓病 高血圧 糖尿病 腎臓病 透析中 けいれん

4. 女性のみお答え下さい：妊娠・授乳について

- 現在、妊娠していますか いいえ はい わからない
現在、授乳中ですか いいえ はい

MRI用ガドリニウム造影剤同意書

【説明医師署名記入欄】(説明した医師が記入します。)

上記患者に対して、私が検査及びガドリニウム造影剤使用の目的・内容を説明しました。

説明実施日 :

医師氏名 : (所属) _____
(署名) _____

私は、上記説明内容を理解し、造影剤の使用に **同意する** ・ **同意しない**
(いずれかに○印をつけて下さい)。

記入日 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者様または代理人 (続柄:) (署名) _____