

リゾビスト造影MR I 検査についての説明書・問診票・同意書

施行日時記入欄

年 月 日 時 分

リゾビスト造影MR I 検査についての問診票

該当する番号や項目に○をつけ、() 内に具体的に記入してください。

■ 今まで造影剤の検査を受けたことがありますか。

1. なし 2. CT 3. MR I 4. 血管造影 5. 詳細不明 6. その他 ()

■ 造影剤の検査を受けたことがある方にお尋ねします。その時に何か副作用はありましたか。

1. なし 2. あり (嘔気嘔吐、発疹、血圧低下、呼吸困難、その他 ())

■ 気管支喘息はありますか。 1. なし 2. 治癒 3. 現在治療中

■ アレルギーはありますか。 1. なし 2. あり ()

■ ヘモクロマトーシス等の鉄過剰症と言われたことがありますか。 1. なし 2. あり

■ 貧血治療のため鉄剤を投与していますか。 1. なし 2. あり

■ 出血傾向と言われたことがありますか。 1. なし 2. あり

(抗血小板剤、血液凝固阻止剤等を投与中を含む)

■ 発作性夜間血色素尿症と言われたことがありますか。 1. なし 2. あり

■ 造影剤量決定のため、体重をご記入ください。 体重 _____ kg

リゾビスト造影剤使用についての同意書

年 月 日

医 師 署 名 _____

私は、MR I 検査にあたりリゾビスト造影剤使用について担当医より説明を受けました。
造影剤の必要性や副作用について理解した上で以下のように回答致します。

(1. 2. いずれかの番号を○で囲み、ご署名をお願いします)

① 造影剤の投与を受けることに同意します。

予期せぬ事態の際の緊急処置が適宜行われることについても同意します。

② 造影剤の投与を受けることに同意できません。

*同意書の内容は、署名後いつでも変更できます。変更をご希望の場合は検査前にお申し出ください。
場合によっては、検査前に再度確認させていただきます。

年 月 日

本 人 署 名 _____

代 理 人 署 名 _____ 続柄 ()

※代理人署名は本人が未成年もしくは署名できない場合にご記入ください。

リゾビスト造影MR I 検査を受けられる患者さんへ

造影剤を使用して検査を行う場合、事前に造影剤投与に関する同意書を頂いております。造影剤の必要性和副作用の可能性についてご理解頂き、納得されましたら同意書にご署名をお願いいたします。同意書を頂いた後でも同意を取り消すことは可能ですので、その際はお知らせください。

また、造影剤を使用する予定であっても、検査担当医師の判断により実施しない場合がありますのでご了承ください。

1. 造影剤の役割について

超常磁性酸化鉄（SPIO）を含む造影剤（リゾビスト）を静脈内に注射して検査を行います。これにより、肝臓の病気や状態が詳しく描出され、精度の高い診断が可能になります。

造影剤を使用しない場合、正確な診断ができず適切な治療が受けられないことがあります。

2. 造影剤の副作用、合併症

現在のところ、副作用の発生を予測する確実な方法はありません。ご自身の体調や既往歴に注意しながら慎重に検査を行います。稀に下記のような症状を起こすことがあります。

副作用には、注射直後から数分以内に起こる即時性の症状と、数時間から数日後に起こる遅発性の症状があります。

・ 軽い副作用

100人に1人程度で、嘔気、嘔吐、かゆみ、くしゃみ、発疹、注射部位の痛みなどが多く、ほとんどの場合、軽度で一過性の症状であり治療を要しません。

・ 重大な副作用

2,000人～3,000人に1人程度で、血圧の変動や呼吸困難、喘息様症状などを起こすことがあります。また、極めて稀に死亡例もあります。（100万人に1人程度）

・ 遅発性副作用

検査数時間から数日後に、頭痛、倦怠感、発疹、じんま疹、下肢の痺れ、冷感、血圧上昇、腰痛、胸膜刺激症状、鼻出血、発熱などの症状が現れることがあります。

3. 副作用が起きた際の対応

万一重大な副作用が発生した場合には、迅速な処置を行えるように体制を整えております。また、遅発性の副作用や何らかの異常が現れた場合は当院までご連絡ください。

4. 安全に検査を行うために

- ・ 血管の状態を確認し、肘、前腕、手の甲などの血管に注射を行います。ご希望のある方は検査担当者にご相談ください。
- ・ 気管支喘息やアレルギー症状のある方は、造影剤を使用することで症状が悪化する恐れがありますので、事前にお申し出ください。また、問診票にもご記入ください。
- ・ 貧血治療のために鉄剤を投与している方は、鉄過剰症を起こす恐れがあります。事前にお申し出ください。
- ・ 出血傾向にある方（抗血小板剤、血液凝固阻止剤等を投与中の方を含む）は、出血傾向を増強する恐れがあります。事前にお申し出ください。
- ・ 発作性夜間血色素尿症の方は、溶血を誘発する恐れがあります。事前にお申し出ください。
- ・ 過去に造影剤の使用により副作用を経験された方、検査に不安を感じている方は、主治医にご相談ください。

- ・ 注射は、医師、看護師、診療放射線技師が細心の注意を払って行いますが、血管の状態により稀に注射針が神経に触れ、指先まで電気が走るような痛みやしびれが生じることがあります。注射中またはその前後に、このような症状を感じた場合はすぐにお申し出ください。
- ・ 注射針が確実に血管内に入っていることを確認してから検査を開始しておりますが、注入途中で血管外に漏れ、腫れや痛みを伴うことがあります。多くの場合自然に回復しますが、稀に治療を必要とすることがあります。

5. その他

- ・ 検査を行うにあたり、最善の体制を整えておりますが、稀に次のような症状が現れることがあります。その際には、診療に要した費用はご自身のご負担となりますことをご了承ください。

(1) 皮下血腫・皮下出血（青あざ）

圧迫が弱いと止血しにくく、穿刺部位からの出血や内出血により紫色に変色することがあります。検査後は穿刺部位を2～3分程度強く押さえてください。

(2) アレルギー（過敏症）

アルコール消毒やスタッフの手袋（ゴム、ラテックス）、駆血帯（ゴム）、絆創膏などによりかゆみや、かぶれることがあります。皮膚の弱い方、アレルギーのある方はお申し出ください。

(3) 神経損傷

検査後も手や指に広がる痛みやしびれが持続することがあります。これは約1万回～10万回に1回程度の頻度で発生しますが、多くの場合、数週間から数か月程度で回復します。症状が持続する場合は、整形外科を受診して頂くことがありますので、検査担当技師、看護師、診療科看護師、または検査担当医師にご相談ください。

(4) 血管迷走神経反射

注射行為により、血圧低下やめまい、気分不良、意識消失などを起こすことがあります。以前にこのような症状を起こした経験のある方はお申し出ください。

- ・ 検査に際して、ご不明な点やご心配なことがありましたら、検査担当技師、看護師、診療科看護師、または主治医にご相談ください。
- ・ 検査終了後に注意書きをお渡しします。
- ・ 検査結果に関するご質問は検査室ではお受けいたしません。主治医にお尋ねください。