

# 造影CT検査の説明・同意書

## 検査の目的と必要性

今回の検査は、造影剤という薬剤を注射しながらCT撮影を行う予定です。

造影剤の利点は、病気の状態を一層はっきりさせる事です。適切な治療方針を立てる為に正確な診断が必要です。

## 方法

検査は臥位で行われ、末梢の血管に注射針を留置（すでに点滴をしている時はそのルートを使用します）して、ヨード系造影剤を短時間に機械的に注入して、即座にCT撮影を行います。検査時間は約60分です。

## 合併症

使用するヨード系造影剤は安全な薬ですが、他の薬剤と同様に副作用が起こり得ます。

<軽度>吐き気・嘔吐・かゆみ・発疹など：頻度は1000例中に4~10例（0.4~1.0%）で、基本的には治療は不要です。

<重篤>呼吸困難・血圧低下・意識障害など：頻度は2500例中に1例（0.04%）程度で何らかの治療が必要です。

<極めて重篤>重篤な副作用で入院が必要なもの：頻度は25000例に1例（0.004%）程とされています。上記の症状が、造影剤投与後1時間~数日で出現する事（約2%）があり、多くは6時間以内の発現で、主に皮膚症状（かゆみ・発疹・蕁麻疹）です。従って、検査後も何か異変があれば御連絡ください。

（電話番号：075-381-5166）

造影剤を短時間で機械的に注入する為に、まれに血管の外に漏れることがあります。この場合には、注射部位の腫れや痛みが出現する場合があります。

多くの場合は、そのまま体内に吸収され問題は残りませんが、稀に外科的処置が必要となる場合があります。副作用・造影剤の漏れを生じた場合には、万全の医療体制で対応致します。

その他の説明内容 検査実施に同意した後でも、ご本人の申し出により撤回できること

わからない点、不明な点があれば、いつでも質問して説明が受けられること

以上の内容を説明させていただきました。

担当医師から説明を受け理解しましたので、造影剤を使用することに同意します。

## ※検査開始時間の4時間前から絶食してください

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者 \_\_\_\_\_ 代理人・同席者（いずれかに〇） \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

説明医師 \_\_\_\_\_

FAX 番号 075-391-6166

医療法人 京都翔医会 西京都病院