**【同意書】造影ＣＴ検査**

書類

種別 別

**検査実施予定日：　　　年　　　月　　　日 　　　時　　　分～**

**１．造影剤とは**

造影剤は、病気を正確に診断するために用いる薬剤です。通常、腕などの静脈から投与します。今回の検査では、ヨードを含んだ造影剤(ヨード造影剤)を使用します。造影剤を短時間で注入するため体が熱く感じることがありますが、これは心配いりません。

**２．造影剤を使用するにあたり、以下の方は特に注意が必要ですので担当医に申し出て下さい。**

(ア)　以前に造影検査で副作用が出たことのある方　　　(イ)　喘息やアレルギーのある方

(ウ) 褐色細胞腫のある方　　(エ)　甲状腺疾患のある方　　　(オ)　腎臓病のある方

**３．造影剤の副作用について**

危険因子の無い方でも副作用が現れる可能性があります。副作用の種類と頻度は、おおよそ以下のとおりです。

1. 軽い副作用：吐き気、嘔吐、かゆみ、じんましん、咳、くしゃみ、頭痛等です。

その頻度はおおよそ３～５％とされています。

1. 重い副作用：まれにショックやアナフィラキシー様の反応（血圧低下や呼吸困難など）が生じる事があります。

その頻度は2500人に１人程度とされています。

**４．副作用に対する対応について**

検査の間、技師や看護師が患者様の状態を常に観察しています。具合が悪くなったときには、我慢をしないで申し出て下さい。

**５．授乳中の方へ**

造影剤が乳汁中に出てくる可能性があるため、造影剤使用後は４８時間授乳を中止する必要があります。

**６．糖尿病治療薬とヨード造影剤**

糖尿病治療薬の中には、ヨード造影剤を使用するにあたり注意が必要なものがあります。服用されている方は主治医に申し出て下さい。

主治医記入欄（eGFRは3ヶ月以内）

* 透析患者
* eGFR ＜30：原則として造影不可
* eGFR　30～45：腎機能異常あるが造影剤使用
* eGFR ≧45：造影剤を使用

年　　　月　　　日　主治医サイン

**同　意　書**

私は上記の日時に予定されている造影検査の目的、危険性について、担当医師より説明を受け、理解しました。その上で造影検査を行うことに同意します。（注：同意書に署名された後でも、いつでもこれを撤回することはできます）

年　　　月　　　日

佐久総合病院　佐久医療センター院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　本 人 氏 名　 　　　　(自署)

（検査を受ける方が署名できない場合や未成年の場合には、代理人の方の署名をお願いします。）

家族または代理人氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　(自署)

（本人との関係：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）