

ヨード造影剤の説明書

私は患者_____様の診療行為 ヨード造影剤使用 について、次のような説明を行いました。

1. ヨード造影剤の使用目的

私は今回、患者 _____ 様に
実施する検査（CT 尿路系検査 胆道系検査 血管検査その他 [_____]）
でヨード系造影剤を使用します。この造影剤を使用することにより、病気に関してより詳しい情報を得ることが出来ます。異常がない場合でも、よりはっきり診断出来ます。

2. ヨード造影剤の使用方法

この造影剤は血管等の体内へ、注射器、自動注入器、或いはカテーテルを通して注入されます。注入時には熱感を伴いますが、一時的な症状であり心配ありません。

3. ヨード造影剤の副作用

ヨード造影剤には、他の医薬品と同様に副作用が発現する場合があります。次のような症状が報告されています。（数字は学会で報告されている発現率の%表示）

① アレルギー反応

（ア）造影剤注射直後から数分以内に生じるもの（即時型）

軽症：悪心（1.04）・蕁麻疹（0.47）・かゆみ（0.45）・嘔吐（0.36）・くしゃみ（0.24）

発赤（0.16）・咳嗽（0.15）・動悸（0.06）・血管痛（0.05）・めまい（0.03）・腹痛（0.02）

重症：呼吸困難（0.04）・血圧低下（0.01）・意識消失（0.01未満）・心停止（0.01未満）

（イ）造影剤使用後数時間から数日以内に生じるもの（遅発型）

倦怠感、頭痛、吐き気、めまい、蕁麻疹などがでることがあります(0.4～4.6%)

（ウ）重篤な副作用を起こしやすい方

造影剤副作用歴、心疾患、喘息、アレルギー歴のある方は、重篤な副作用の発現率が、およそ3～10倍高いと報告されています。

② 腎機能障害

造影剤使用により腎機能が悪くなる可能性があります(2～7%)。多くは一時的なものですが、場合によっては透析が必要となる場合があります。

・腎機能障害を起こしやすい方

既存の腎機能障害、脱水状態、糖尿病・糖尿病性腎症、高齢者、うっ血性心不全、腎毒性を持つ薬剤の服用中の方

(患者さん控え用)

副作用出現時の対応

副作用が軽症の場合は、経過観察のみで改善することが多く、中等度以上の場合では、薬剤を投与することがあります。重症の場合は救命救急センターへ移動して救命処置を行います。重篤な場合は後遺症が残る可能性もあり、入院での治療が必要となることもあります。いずれの場合でも適切な処置を迅速に行います。

帰宅後に、体調の異変があった場合は、下記へ電話にてご相談ください。

連絡先

住所：愛知県安城市安城町東広畔 28 番地

病院：安城更生病院

電話：0566-75-2111（代表）

4. そのほかに起こりうること

造影剤を注射する際は、勢いよく注射するために血管外に造影剤が漏れることがあります。漏れると多くの場合は針の周囲に痛みが生じますので、異変があれば近くの看護師に伝えてください。検査終了後、注射した部位がはれて痛みを伴うことがありますが、基本的には時間がたてば吸収されますので心配ありません。漏れた量が非常に多い場合は別の処置が必要となる場合がありますが、非常にまれです。

5. 帰宅後の留意事項

ヨード造影剤は尿と一緒に体外へ排泄されます。水分摂取に制限のない方は、造影剤の排泄促進のために水分を通常より多くおとりください。水分制限のある方は主治医にご相談ください。

6. その他

今後、病気の状態の把握、治療効果の評価、その他の目的でヨード造影剤使用による検査を複数回行う場合があります。原則として同様の説明を行い、同意書への署名を再度お願いします。また、状況によっては担当医師の判断で説明が一部省略されたり、口頭での同意をいただくこともありますのでご承知願います。

愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院

医師 _____

(患者さん控え用)

ヨード造影検査 問診票・同意書

以下の質問をお読みいただき、あてはまるものに ○ や 文字 を記入してください

説明者 _____

同席者 (病院側) _____

1. ヨード造影剤検査を受けられたことがありますか (はい・いいえ)
2. 1で「はい」の方にお尋ねします。ヨード造影剤の副作用がありましたか (はい・いいえ)
[どのような症状でしたか:]
3. 現在糖尿病の薬をお飲みになっていますか (はい・いいえ)
[お薬の名前:]
4. 気管支喘息と診断されたことはありますか (はい・いいえ)
5. 4で「はい」の方におたずねします。現在、症状があり治療中ですか (はい・いいえ)
6. お薬や食品で蕁麻疹やその他のアレルギー症状がありましたか (はい・いいえ)
7. 今までに、次の病気にかかれたことがありますか (はい・いいえ)
「はい」の場合は、該当する病名に○をつけてください

甲状腺機能亢進症・心疾患・腎疾患・多発性骨髄腫・褐色細胞腫
テタニー・マクログロブリン血症

8. (女性の方) 現在妊娠している、またはその可能性はありますか (はい・いいえ)

_____の、診療行為ヨード造影検査に同意します

(同意しない場合は下記に「同意しません」と記入し、同意しない理由を記入してください)

令和 年 月 日

本人 _____ (自署)

本人以外 _____ (自署) 患者との続柄 _____

(病院控え用)