

抗血栓薬服用中止の説明書

(患者名)

私は患者 安城 花子 様の診療行為に際しての抗血栓薬の服用中止について、次のような説明を行いました。

説明内容：

脳梗塞や心筋梗塞など、血栓（血管内での血液の固まり）によって起こる病気を予防するために、抗血栓薬が使われます。すべての抗血栓薬は血を固まらせにくくする作用をもっており、一度出血すると止まりにくい性質をもっています。そのため、出血を伴うことが予想される手術・処置・検査を受ける場合には、現在内服中の抗血栓薬を中止する必要があります。しかし、抗血栓薬を中止すると脳梗塞や心筋梗塞などの血栓性疾患の発症リスクが増加する可能性があります。

抗血栓薬には、抗凝固薬（ワーファリン®、プラザキサ®、イグザレルト®など）と抗血小板薬（バイアスピリン®、プラビックス®、プレタール®など）の2種類があります。たとえば、ワーファリン®を中止すると約1%の頻度で脳梗塞や他の血栓性疾患を起こし、多くは重症であることが複数の研究で報告されています。また、脳梗塞の患者さんが抗血小板薬を中断すると脳梗塞再発の危険性が3.4倍に上昇するとの報告もあります。抗血栓薬中止による血栓性疾患発症のリスクを低減させる方法としては、飲水・点滴などで水分を補う、あるいは作用時間の短い抗血栓薬（ヘパリン®）の注射に切り替える等の方法があります。患者さんの状況に応じて最善と思われる対応を行います。血栓性疾患の発症を完全に抑えることを保証するものではありません。

抗血栓薬を中止することと継続することの両方の危険性を十分にご理解頂きたいと思っております。

医療機関名 安城更生クリニック

医師 更生 太郎

(患者さん控え用)

愛知県厚生農業協同組合連合会

安城更生病院長 殿

同意書

(医師名)
説明者 更生 太郎

同席者 (病院側) _____

抗血栓薬中止に伴う血栓性疾患発症の危険性を理解されたうえで、抗血栓薬を中止した状態で今回の診療行為を受けることを希望される場合には、この同意書に署名をお願い申し上げます。

(患者名)
安城 花子 の、診療行為 内視鏡検査 に際して

の 抗血栓薬服用中止 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。)

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

本人 (患者名) 安城 花子 (自署)

本人以外 _____ (自署) 患者との続柄 _____

(病院控え用)