

## 造影MR検査（プロハンス）に関する説明書

非イオン性MRI用造影剤（プロハンス）を用いた検査に関する概要を説明いたします。医師から造影剤の必要性和副作用について説明を受けた後、造影剤の静脈内投与に同意いただける方は、裏面の問診表に記入し、同意書にご署名下さい。ただし、検査の途中で検査医が造影剤を使用する必要がないと判断した場合には、造影剤は使用いたしません。また署名された後でも、同意を撤回することはできます。

### ．造影剤について

造影剤（非イオン性MRI用造影剤：マグネピスト製剤）は検査しようとする臓器の形をはっきりとさせ病気の存在診断、性質の診断、さらにMRを用いた血管撮影などに幅広く使用される造影剤（静脈注射）です。MR診断には大変有効な薬剤です。

また腹部の検査では鉄分を含んだMR用経口消化管造影剤を用いることがあります。

### ．副作用について

検査に際しては十分に注意しながら安全に検査が行われるように努めておりますが、造影剤を静脈注射すると、ごく希に副作用症状が起こることがあります。

- ◆ 軽い副作用（頻度は1%未満）ほとんどの場合、軽度でしかも一過性です。

吐き気、嘔吐、頭痛、めまい、発疹、かゆみ、発熱、咳、<sup>じんましん</sup>蕁麻疹等

- ◆ 重い副作用（極めて希で1万回に1回以下）

血圧低下、呼吸困難、意識障害、<sup>けいれん</sup>痙攣発作などの副作用症状を起こすことがあります。

万一、副作用が起きても適切な処置を行えるよう万全な態勢を整えていますのでご安心下さい。造影剤は尿と一緒に排泄されますので、水分制限の無い方は検査後水分を多めに摂るようにし排尿を心掛けて下さい。（腎機能が正常であれば投与終了後、24時間以内に84.8%～100%が尿中に排泄されます。）

妊娠中の投与に関する安全性は確立していません。

授乳中の場合は投与から48時間は授乳を避けて下さい。

### ．その他

検査前に上記の副作用の発現について予測する確実な方法はありません。

ただし副作用発現の危険因子として、造影剤副作用歴、アレルギー（特に<sup>ぜんそく</sup>喘息）などがあげられます。また腎臓病があるかたは病気が悪化する場合があります。

以上のことをチェックする必要がありますので、**裏面**の問診票に必ずご記入をお願いします。

## あなたの予定の検査は下記の通りです。

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日(\_\_\_\_曜日)

造影 MR ( 頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤 ・ 四肢 ・ その他 )

注意：カルテに添付する必要がありますので、**検査当日に、この同意書を必ずご持参下さい。**

### 造影検査についての問診票

- |   |               |
|---|---------------|
| 1) 過去に造影 MR 検査を受けたことがありますか。                                     | ( はい・いいえ・不明 ) |
| 2) その時に何か問題がありましたか。   | ( はい・いいえ・不明 ) |
| 3) 気管支喘息 <sup>ぜんそく</sup> または小児喘息 <sup>ぜんそく</sup> といわれたことがありますか。 | ( はい・いいえ・不明 ) |
| 4) 薬などにより蕁麻疹 <sup>じんましん</sup> やアレルギーがありますか。                     | ( はい・いいえ・不明 ) |
| 5) 腎臓が悪いといわれたことがありますか。  | ( はい・いいえ・不明 ) |
| 6) ヘモクロマトーシスなどの鉄過敏症はありますか。                                      | ( はい・いいえ・不明 ) |
| 7) 現在貧血治療のために鉄剤を投与していますか。                                       | ( はい・いいえ・不明 ) |
| 8) 妊娠の可能性はありますか。  | ( はい・いいえ・不明 ) |
| 9) 薬の量に関係しますので体重を教えてください。                                       | ( _____ kg )  |

### 同 意 書

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

説明担当医： \_\_\_\_\_ 病院・医院・クリニック \_\_\_\_\_ 科 医師 \_\_\_\_\_

私は、今回検査における造影剤の必要性と副作用の可能性について説明を受け理解しました。造影剤の投与を受けることに同意します。また造影剤の副作用により予期せぬ事態が発生した場合に、必要な処置を受けることについても同意します。

永生病院 院長 殿

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

本人のご署名 \_\_\_\_\_

代理人のご署名 \_\_\_\_\_

( 代理人欄は本人が未成年または署名できない場合にご記入下さい。 )