

造影MRI検査（リゾビスト用）に関する説明書

造影MRI検査に関する概要を説明いたします。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、同意書にご署名ください。ただし、検査の途中で検査医もしくは主治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。

1. 造影剤について

造影剤には、超常磁性酸化鉄（鉄剤）をカルボキシデキストランで安全に被覆した親水性コロイド液を用います。造影剤を静脈内に注射することにより病気の状態を明らかにするものです。

2. 副作用について

造影剤は比較的安全な薬剤と考えられますが、他の薬剤と同様に過敏症による副作用が出現する可能性があります。

副作用は、承認時において542例中15例(2.8%)でした。

軽い副作用：熱感、発赤、発疹、嘔気・嘔吐、頭痛、手や下肢のしびれ、冷汗・血圧上昇、腰痛・背部痛、胸膜刺激症状でした。

重い副作用：重篤な副作用の報告は現在ありません。

3. 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、鉄剤の副作用歴があげられます。

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

MR I 検査を安全におこなえるかどうかについて、検査直前に別の問診表に記入をしていただいておりますのでご協力お願いいたします。

あなたの予定の検査は下記のとおりです。

____年 ____月 ____日 腹部造影MR I

注意：カルテに添付する必要がありますので、検査当日はこの同意書を必ず持ってきてください。

造影検査についての問診表

以下の1～8の項目をご確認いただき□にチェックを入れてください。

- 1. 過去にMR I 検査をうけたことがありますか。 (□はい □いいえ □わかりません)
- 2. その時に何か問題（閉所恐怖症など）はありましたか。 (□はい □いいえ □わかりません)
- 3. 気管支喘息または小児喘息といわれたことがありますか。 (□はい □いいえ □わかりません)
- 4. 薬などによる発疹やアレルギーがありますか。 (□はい □いいえ □わかりません)
- 5. ヘモクトマトーシスなど鉄過剰症はありませんか。 (□はい □いいえ □わかりません)
- 6. 現在貧血治療のために鉄剤を投与していませんか。 (□はい □いいえ □わかりません)
- 7. 妊娠の可能性はありますか。 (□はい □いいえ □わかりません)
- 8. 薬の量に関係しますので体重を教えてください。 (_____ K g)

同 意 書

____年 ____月 ____日

説明担当医

医師 _____

私は、今回の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。造影剤の投与をう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。

相模原協同病院 病院長 殿

____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ください)