

# 造影 MRI 検査（ガドリニウム（EOB・プリモビスト含む））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。造影剤の必要性と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

造影剤にはガドリニウムと呼ばれる金属を安全に加工した造影剤が用いられています。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。通常は、数日以内に体外に排泄されます。

## 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。

副作用には、注入直後から数分以内に生じることが多く、その頻度は 500 ～ 1000 人に一人といわれています。

軽い副作用：かゆみ、くしゃみ、発疹、胃の不快感、嘔気・嘔吐など

副作用のほとんどが軽い副作用で基本的には治療の必要はありません。

重い副作用；血圧低下、意識障害、呼吸困難、痙攣発作など

起こる確率はまれで 10 万人に 1 人といわれており、きわめてまれに（100 万人に 1 人）、ショックなどで死亡する場合があります。

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、投与から 48 時間は授乳を避けてください。

## 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、造影剤（ガドリニウム製剤）副作用歴、アレルギー歴（特に喘息）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、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

造影MRI（頭部・頸部・胸部・乳腺・腹部・肝臓・骨盤・脊椎・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1～7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MRI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. 腎臓が悪いといわれたことがありますか。 (□はい □いいえ □わかりません)
6. 妊娠の可能性はありますか。 (□はい □いいえ □わかりません)
7. 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

\_\_\_\_科 医師名 \_\_\_\_\_

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)