

造影剤使用検査(CT・血管・尿路造影) 説明書

1. 造影CT検査に使用される造影剤

この検査では、非イオン性ヨード造影剤という副作用が少ない薬を使用します。注射をしている部分から入れることで、腫瘍・血管性病変等の診断に役立ちます。この薬は安全な薬剤ですが、副作用が出る場合があります。この造影剤は病気や痛みに対して改善するお薬ではありません。

2. 造影剤の副作用

①軽度・・・吐き気、嘔吐、動悸、かゆみ、蕁麻疹、頭痛 など(100～200人に1人)

②重度・・・呼吸困難、喘鳴、意識低下 など(1万～2万人に1人)
また極めて稀ですが、死亡に至った例もあります。(10万～20万人に1人)

造影剤副作用の危険因子(造影剤副作用歴・喘息・アレルギー体質)をもつ患者さんの重度副作用発現率は、およそ**1.8～10倍**高いと報告されています。副作用は、検査中に出ることもありますが検査数時間～数日後に症状が出ることもあります。造影剤の検査を行った数日後に発疹・発赤などの症状があった際は、当院へ御連絡をお願いします。また、以前造影検査で副作用が出ていなくても、今回副作用が出る場合もあります。

3. 検査時の注意

造影剤を注射した部分から入れるとき、**体全体が熱く感じますが**数分で治まります。その他、「気分が悪い」・「息苦しい」など何かありましたら、近くにいる看護師や放射線技師にお知らせください。

4. 造影剤の血管外漏出(注射もれ)

造影剤を入れる前に、注射が血管内に入っているかの確認を行いますが、造影CT撮影時には自動注入機を使用して造影剤を血管内に入れていくため、血管に圧力がかかり、血管の外に造影剤が漏れることがあります。注入時、**耐えられないような痛み**があった場合は、近くの看護師や放射線技師にお知らせください。

5. 検査後の注意

造影剤は24時間以内に99%体外に尿として排泄されますので、水分制限のない方は水分を十分に摂取してください。

6. 造影剤副作用出現時の対応

症状が軽度であった場合、またはすぐに消失した場合は、経過観察を行います。軽度の場合でも症状が続く場合や、重度の副作用出現時は、症状に合わせた処置を行います。造影剤副作用出現した場合の準備や対策には万全を期しております。

7. 造影剤(非イオン性ヨード造影剤)の禁忌について

ヨード過敏症・重度の甲状腺疾患・重度な副作用の既往がある方は、重度な副作用が発生する確率が高く、造影剤を使用できません。重度な腎疾患・重度な心疾患・気管支喘息がある方や、糖尿病の薬を飲んでいらっしゃる方は、造影剤検査ができない場合があります。

8. 授乳中の方へ

授乳中の女性に投与されたヨード造影剤の乳汁に含まれる量は極わずかであり、その極わずかな造影剤が乳児の体内に入る量は0.01%以下であるため、授乳は通常通り継続していただいても問題ありません。不安がある場合は、検査後12～24時間授乳を控えてください。

9. その他

そのほか、何かありましたら看護師や放射線課へお問い合わせください。

造影剤使用検査(CT・血管・尿路造影) 説明書

(検査予定日 年 月 日)

氏名： 様 体重： Kg

1. 過去の造影剤検査の有無 なし あり 不明

造影剤検査あり⇒ CT・MRI・血管造影・その他()

2. 副作用発現の有無と症状 なし あり 不明

副作用あり⇒

CT・MRI・血管造影・その他()の検査で、()年()月頃

蕁麻疹・発赤・かゆみ・吐き気・嘔吐・くしゃみ・喉の違和感・その他()

*過去に副作用歴がある場合、種類の違う造影剤を使用して検査を行います。重度の副作用歴がある場合は造影検査不可となる場合もあります

3. 喘息の有無 なし あり 不明

喘息あり⇒現在治療中 …前処置必要 症状が治まっていない場合は検査不可となる場合もあります

⇒5年以上出ていない・小児ぜんそく …前処置なしで検査可能(医師の判断で前処置を行う場合もあります)

4. アレルギー体質の有無 なし あり 不明

アレルギーあり⇒薬や食べ物のアレルギー(種類:)

⇒アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・花粉症

*アレルギー体質の方は、無い方に比べて1.8～10倍ほど重度の副作用が発現する確率が高いとの報告があります

5. 甲状腺疾患の有無 なし あり 不明

甲状腺疾患あり⇒ 甲状腺機能亢進症・その他()

*甲状腺機能亢進症の既往がある方は、ヨード投与で甲状腺機能が悪化する場合があります

6. 心疾患の有無 なし あり 不明

心疾患あり⇒ 不整脈・心不全・虚血性心疾患・その他()

*造影剤の副作用として、血圧低下・不整脈・徐脈などの報告があります

7. 糖尿病薬内服の有無 なし あり 不明

糖尿病薬内服あり⇒ 糖尿病薬の名前()

*ビッグuanid系糖尿病薬を服用している方は、重度の副作用が起こる可能性があるため、休薬をお願いしています

休薬する場合…()月()日の朝から()月()日の夜

この期間は上に記載した糖尿病薬の服用を止めていただきます

8. 腎・副腎疾患の有無 なし あり 不明

腎・副腎疾患あり⇒ 糖尿病性腎症・慢性腎臓病・褐色細胞腫・その他()

*糖尿病性腎症・慢性腎臓病・褐色細胞腫の既往がある方は、造影剤を投与することにより、腎機能が悪化する、もしくは血圧上昇を来す可能性があります

9. 過去3ヶ月以内のe-GFR値・クレアチン値

検査日(/) e-GFR値()mg/dl・クレアチン値()ml/min

*18歳以下は身長・体重がなければ、e-GFRを計算できません→放射線課に問い合わせをお願いします

患者さんが未成年や意識障害のある場合は、家族や代理の方が問診の記入をお願いします。

副作用の危険が高いと医師が判断した場合は、同意をされていても造影検査をできない場合があります。

造影剤使用に気が進まない場合や、不安がある場合は主治医と御相談下さい。

年 月 日

紹介医ご署名 _____

貴院名 _____

造影剤使用検査(CT・血管・尿路造影)の同意書

私は造影剤使用に関して検査の必要性和副作用の可能性について説明を受け理解し、その実施に同意します。
また、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。

年 月 日 本人(自署) _____

家族代理の方(自署) _____ (続柄:)

— 貴院控え及びFAX用 —

造影剤使用検査(CT・血管・尿路造影) 説明書

(検査予定日 年 月 日)

氏名： 様 体重： Kg

1. 過去の造影剤検査の有無 なし あり 不明

造影剤検査あり⇒ CT・MRI・血管造影・その他()

2. 副作用発現の有無と症状 なし あり 不明

副作用あり⇒

CT・MRI・血管造影・その他()の検査で、()年()月頃

蕁麻疹・発赤・かゆみ・吐き気・嘔吐・くしゃみ・喉の違和感・その他()

*過去に副作用歴がある場合、種類の違う造影剤を使用して検査を行います。重度の副作用歴がある場合は造影検査不可となる場合もあります

3. 喘息の有無 なし あり 不明

喘息あり⇒現在治療中 …前処置必要 症状が治まっていない場合は検査不可となる場合もあります

⇒5年以上出ていない・小児ぜんそく …前処置なしで検査可能(医師の判断で前処置を行う場合もあります)

4. アレルギー体質の有無 なし あり 不明

アレルギーあり⇒薬や食べ物のアレルギー(種類:)

⇒アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・花粉症

*アレルギー体質の方は、無い方に比べて1.8～10倍ほど重度の副作用が発現する確率が高いとの報告があります

5. 甲状腺疾患の有無 なし あり 不明

甲状腺疾患あり⇒ 甲状腺機能亢進症・その他()

*甲状腺機能亢進症の既往がある方は、ヨード投与で甲状腺機能が悪化する場合があります

6. 心疾患の有無 なし あり 不明

心疾患あり⇒ 不整脈・心不全・虚血性心疾患・その他()

*造影剤の副作用として、血圧低下・不整脈・徐脈などの報告があります

7. 糖尿病薬内服の有無 なし あり 不明

糖尿病薬内服あり⇒ 糖尿病薬の名前()

*ビッグuanid系糖尿病薬を服用している方は、重度の副作用が起こる可能性があるため、休薬をお願いしています

休薬する場合…()月()日の朝から()月()日の夜

この期間は上に記載した糖尿病薬の服用を止めていただきます

8. 腎・副腎疾患の有無 なし あり 不明

腎・副腎疾患あり⇒ 糖尿病性腎症・慢性腎臓病・褐色細胞腫・その他()

*糖尿病性腎症・慢性腎臓病・褐色細胞腫の既往がある方は、造影剤を投与することにより、腎機能が悪化する、もしくは血圧上昇を来す可能性があります

9. 過去3ヶ月以内のe-GFR値・クレアチン値

検査日(/) e-GFR値()mg/dl・クレアチン値()ml/min

*18歳以下は身長・体重がなければ、e-GFRを計算できません→放射線課に問い合わせをお願いします

患者さんが未成年や意識障害のある場合は、家族や代理の方が問診の記入をお願いします。

副作用の危険が高いと医師が判断した場合は、同意をされていても造影検査をできない場合があります。

造影剤使用に気が進まない場合や、不安がある場合は主治医と御相談下さい。

年 月 日

紹介医ご署名 _____

貴院名 _____

造影剤使用検査(CT・血管・尿路造影)の同意書

私は造影剤使用に関して検査の必要性和副作用の可能性について説明を受け理解し、その実施に同意します。
また、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。

年 月 日 本人(自署) _____

家族代理の方(自署) _____ (続柄:)

— 患者様控え用 —