

造影 MRI 検査 造影剤使用の同意書

○ 造影 MRI 検査について

MRI 用造影剤として、陽性造影剤：環状型非イオン性ガドリニウム造影剤、線状型肝臓用ガドリニウム造影剤 (EOB・プリモビスト)、陰性造影剤：フェルカルボトラン注射液 (リゾビスト) を使用しています。

陽性造影剤は約 1 日で尿と一緒に排出され、陰性造影剤は血液を作る成分に変換され体の中で活用されます。通常の MRI 検査 (単純 MRI 検査) に加え、造影剤を投与した状態での検査を行なうことで、病気のより詳しい情報を得ることができます。造影剤は検査中に静脈より投与し、投与中または投与後より撮像を開始します。精度の高い検査を行なうには欠かせないものですが、稀に副作用を起こすことが報告されています。

○ MRI 用造影剤の副作用について

副作用には、吐気、むかつき、蕁麻疹などの軽度のものから、急激な血圧低下による**ショック**、喉頭浮腫などによる呼吸困難、中毒性表皮壊死融解症 (陰性造影剤：リゾビスト時のみ) など重度に至るまでの副作用が報告されています。それらの副作用が起こることは稀ですが、副作用が起こることは予め予測することができません。

次のような症状・疾患がある方は注意が必要です。副作用が発生する**リスク**の高い方も安全に検査できるよう配慮しますので、必ず申し出て下さい。

- 禁忌** : 妊産婦、重症気管支喘息、**ガドリニウム造影剤**または**リゾビスト**に対して過敏症の既往歴
リゾビストに関して (鉄注射に対し過敏症、ヘモクロマトーシス等鉄過剰症、出血している患者)
- 原則禁忌** : 気管支喘息、一般状態の極度に悪い患者、重篤な腎障害
- 慎重投与** : 腎障害あるいは腎機能低下、近親者に気管支喘息、痙攣発作後、高齢者、小児など
リゾビストに関して (貧血治療のため鉄剤投与している、出血傾向、発作性夜間血色素尿症)

その他重篤な副作用として **腎性全身性線維症 (Nephrogenic Systemic Fibrosis : NSF)** があります。発生頻度は不明、**重篤な腎機能低下 (eGFR 値<30)** や**透析患者にガドリニウム造影剤を投与すると、NSF が発症することがある**とされています。当日～数カ月 (時に数年) で発症と (超)遅発的で確立した治療法がありません。皮膚の疼痛・掻痒感・腫脹・紅斑が通常下肢から発症し、晩期には皮膚や皮下組織の線維性肥厚があり、障害が高度であれば死亡する可能性もあります (推定死亡率 20-30%)。

造影剤の使用に際し、以下の項目を記入して下さい。

患者氏名 : _____ ID : _____

※ eGFR (ml/min/1.73 m²) 値は検査予定日の 3 カ月以内 (可能な限り直近) の値を記入して下さい。

MRI 用造影剤の使用歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 副作用 (無・有)	eGFR (30 未満は禁忌)	ml/min/1.73 m ²
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	授乳の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
気管支喘息の有無 (原則禁忌、 <u>無治療で無症状の期間が 5 年以上</u> 続いている場合は「無」 ※ 喘息「有」で造影検査を施行する場合は造影時に医師の立ち合いが必要です。	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(呼出 PHS:)	
リゾビスト時：鉄過剰症、鉄過敏症、鉄剤投与中、出血傾向、発作性夜間血色素尿症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		

【 造影剤使用についての同意 】

私は、医師から造影 MRI 検査で使用する造影剤について説明を聞き、その必要性和副作用について理解しました。

検査および造影剤の使用について 同意します。 同意しません。

(本人または代理人署名・記入日)

_____ 年 _____ 月 _____ 日 署名: _____ (続柄: _____)

【 説明・確認医師署名 】

(説明・確認年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日)

_____ (診療科: _____) 医師署名: _____