

説明書 兼 同意書(MR I : MRCP 検査)

紹介元医療機関名：

<MRI撮影時の塩化マンガン四水和物系経口摂取造影剤のインフォームドコンセント>

検査の目的：施行するMRI検査では胆管や膵管をより鮮明に描出するために経口摂取造影剤を使用します。
経口摂取造影剤は消化管内の液体のMRI信号を抑制することで胆道系や膵管の構造を明瞭に描出する効果があります。

検査の方法：塩化マンガン四水和物系造影剤を経口にて250ml摂取した後、MRI検査を行います。

検査の準備：食事・飲水の制限があります。別紙予約表記載のお食事の制限を必ず守るようにしてください。

一般的に塩化マンガン四水和物系造影剤は体内に吸収されにくいいため安全性の高い薬剤ですが以下に述べる様々な副作用や合併症状が認められる場合があります。検査中や、検査直後に起こることが多いですが、数時間後から数日後に起きることもあります。場合によっては、経過をみたり処置を行うことがあります。

- 1) 軽い副作用：軟便 悪心 腹鳴 腹痛 下痢 頭痛 眠気 胸やけ 腹部膨満
尿蛋白陽性 尿糖陽性 血清鉄低下 血清フェリチン減少
- 2) アレルギー反応：蕁麻疹 発赤 発疹

重大な副作用の報告（ショック症状：血圧低下等）は非常にまれですが違和感を感じた場合には速やかに病院スタッフへご連絡ください。

以下の場合、造影剤の使用を控えさせていただく場合がありますので申し出てください。

- 1) 消化管穿孔又はその疑いのある方
- 2) 過敏症の既往歴のある方
- 3) 透析中、もしくは重篤な腎障害のある方
- 4) 飲み込み（嚥下）が困難な方
- 5) 一般状態の悪い方
- 6) 妊娠中もしくは授乳中の方

以下の場合、造影剤の副作用のリスクが増大することがありますので主治医に申し出てください。

- 1) 以前に同様の造影剤を使用し、副作用が起きた方
- 2) アトピー等のアレルギー体質の方

診療の過程で合併症などによる予定外の追加治療が必要になった場合、それに対する医療費がかかることをご了承ください。
セカンド・オピニオン（他医療機関の医師の意見）を受けたい場合には、担当医へお申し出ください。

西暦 年 月 日 時

医 師： 同席者： ・ ☐ なし

日立総合病院 院長 殿

私は上記説明内容について

- ☐ 分かりました。その上で納得して同意します。また、実施中において緊急の場合または医学上の理由で、実施内容の変更や臨時の処置を必要とする場合には、その必要な処置を受けることにも同意します。
- ☐ 理解できましたが、同意しません。

西暦 年 月 日 午前・午後 時

患者署名： 同席者： ・ ☐ なし

代諾者署名： [続 柄： (配偶者・親権者・その他親族)]

代諾者住所： 電話番号：