

- 血管造影手技に伴う合併症
 - 疼痛、血腫、出血、感染、動静脈瘻、血管の解離・穿孔など
- 血栓による再閉塞
- その他、神経障害など

5. 実施しない場合に予測される症状の推移と可能な治療法

本治療を行わない場合、門脈圧亢進症が増悪し、腹水の増加や静脈瘤からの出血のリスクが挙がる可能性があります。また、腸間膜静脈の閉塞により腸管壊死に至るリスクがあり、腸管壊死に対しては手術が選択されます。他の治療として薬物治療（抗凝固療法）がありますが、大量の血栓や古い血栓の場合、効果が不十分となることがあります。今回はこれまでの経過と現在の病状を合わせ、本治療を選択する方針となりました

6. 予後の予測

本治療により、門脈の流れをよくすることで静脈瘤や腹水といった症状の改善や腸間膜静脈の閉塞による腸管壊死の予防が期待されます。

一度吸引しても原因疾患の状態により、再閉塞のリスクがあり、複数回施行する場合があります。

7. 治療に伴って生じる生活上の変化

検査あるいは治療終了後、しばらくは安静が必要です。動脈に細い管を入れた場合、その部位は数時間の間は動かすことができません。金属ステントを留置した場合、血栓を防ぐお薬を服用していただくことがあります。

8. セカンドオピニオンの権利

この手技に関連して、他の医療機関の専門医に意見をお聞きになりたい場合は、希望される医療機関への受診が可能です。セカンドオピニオンについては、通常の保険診療とは異なりますので、先方医療機関へ事前に必ず確認して下さい。

9. 同意しない権利

今回の検査ならびに治療方針に関して、同意書に署名をした後でも、検査ならびに治療が開始されるまでの間に、同意を撤回することが可能です。なお、撤回される場合は必ず主治医へご連絡をして頂き、同意撤回書を記入し、主治医へ提出をお願いいたします。

10. その他

- 医療機器関連会社社員の立会について
今回の医療行為について、必要な場合医療機器の製造業者又は販売業者が立会う場合があります。
- IVR（画像下治療）学会へのデータ登録について
当院は IVR 学会の専門医が在籍し、IVR 修練認定施設となっております。治療行為の適正化や透明性を保つため、倫理委員会の承認および病院長許可のもと、IVR を

受けられた患者様の情報を IVR 学会のデータベースに登録しております。患者様を特定できる個人情報（氏名、生年月日、患者 ID、住所など）は一切登録しておりません。登録を望まない場合は、放射線科までお申し出ください。

本日説明に用いた資料：説明書・図・レントゲン・その他

（ ）

本日お渡しした書類：説明書・同意書・その他

（ ）

患者ID：@patientid

患者氏名：@patientname

機械的血栓吸引療法に関する説明書

手術実施日：@KENSADATE2

以上の説明にて理解頂けましたら署名をお願いいたします。

また、内容に関して同意して頂けましたら同意書にも署名をお願いいたします。

なお、同意書に署名した後でも説明内容に関する同意の変更を要望することが出来ます。その場合でも治療上の不利益が生じることはありません。

ご不明な点・ご要望がありましたら、遠慮なくお申し出ください。また、別の専門的な意見を得るために、必要に応じて他の医療機関や専門医に相談されること（セカンドオピニオン）ができます。そのための資料は準備いたしますのでお申し出ください。

相模原病院 説明医師 _____（自
筆）

同席・確認 看護師 _____（自
筆）

年 月 日

署名：患者 _____ □代筆

署名：代諾者 _____ （続柄： _____）

署名：同席者 _____

患者・代諾者の署名がない理由：（ _____ ）

（記入上の注意）

1. 患者が未成年（20歳未満）の場合、患者本人の署名以外に保護者の署名が必要です。
2. 患者が未成年の場合でも婚姻歴がある場合には、成年と同等とみなし、保護者の署名は不要です。

3. 患者に意思決定能力が無いと判断される場合には、親族や代諾者または保護者は、代諾者の署名欄に署名してください。

その際、併せて患者署名欄に代筆で署名し、（□代筆）にチェックをしてください。

患者ID：@patientid

患者氏名：@patientname

機械的血栓吸引療法に関する同意書

相模原病院長 殿

手術実施日：@KENSADATE2

私 @patientname は、（説明医師）@activeusername 氏から別紙「機械的血栓吸引療法に関する説明書」に記された内容について、十分な説明を受けるとともに質問する機会を得ました。この説明により予定されている

機械的血栓吸引療法 について

- ☐ 理解しました。担当医師の指示による実施に同意します。
また、実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜処置されることも承諾します。
- ☐ 理解しましたが実施することに同意しません。

		年	月	日
署名：患者	_____	□代筆		
生年月日	_____	年	月	日
親族または代諾者（続柄 _____）				
署名：氏名	_____			
住所	_____			
患者・代諾者の署名がない理由：（ _____ ）				

（記入上の注意）

1. 患者が未成年（20歳未満）の場合、患者本人の署名以外に保護者の署名が必要です。
2. 患者が未成年の場合でも婚姻歴がある場合には、成年と同等とみなし、保護者の署名は不要です。

3. 患者に意思決定能力が無いと判断される場合には、親族や代諾者または保護者は、親族または代諾者の署名欄に署名してください。その際、併せて患者署名欄に代筆で署名し、（口代筆）にチェックをしてください。

@PATIENTID

@PATIENTNAME 様

@KENSADATE2

@USERSECTION

ヨード系造影剤を用いた検査のための問診票

以下の質問で当てはまる方にし印をいれてください。“ある”を選ばれた方は、（ ）
にわかる範囲で具体的な言葉を書いてください。

① 過去にCT検査で造影剤を使用したことがありますか？

☐ない ☐ある

（ア）「ある」の場合、検査後具合が悪くなったことはありませんか？

☐ない ☐ある（症状： ）

（イ）「ない」の場合、他の造影検査で具合が悪くなったことはありませんか？

☐ない ☐ある（検査名と症状： ）

② 気管支喘息と診断されたことがありますか？

☐ない ☐ある

（ア）「ある」の場合、現在治療中ですか？☐はい ☐いいえ

（イ）「ある」の場合、最近おきた発作はいつですか？（ ）

③ 腎臓の病気あるいは機能が悪いといわれたことがありますか？

☐ない ☐ある（症状： ）

④ 糖尿病のお薬は飲んでいますか

☐飲んでいない ☐飲んでいる（薬品名： ）

⑤ 甲状腺の病気あるいは機能が亢進しているといわれたことがありますか？

☐ない ☐ある（病名： ）

（ア）「ある」の場合、現在ヨード（のりなど）の食事制限を受けていますか？

☐いない ☐いる

⑥ アレルギー性の病気、消毒薬のアレルギーはありますか？

☐ない ☐ある（病名： 消毒薬： ）

⑦ 飲み薬や注射で具合が悪くなったことがありますか？

☐ない ☐ある（お薬の名前や症状： ）

⑧ 患者様以外のご親族、ご家族などの血縁者にアレルギー性の病気や体質がありますか？

☐ない（わからない） ☐ある（ ）

⑨ 骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニー、褐色細胞腫のいずれかの疾患で治療を受けたことがありますか？

☐ない（わからない） ☐ある（病名 ）

⑩ 注射を受けられない方の腕はありますか？（乳癌の手術後、麻痺など）

☐ない ☐ある（ 左 右 ）

（患者様署名欄）

記入日： 年 月 日

患者様または代理人（続柄

）（署名）

体重 _____kg

問診確認者サイン（ ）