**心臓カテーテル治療（PCI）に関する説明書**

**（Percutaneous Coronary Intervention : PCI）**

|  |  |
| --- | --- |
| 依 頼 科：@USERSECTION  　　@PATIENTWARD病棟　@PATIENTROOM病室  ＩＤ No.：@PATIENTID  氏 名：@PATIENTNAME  生年月日：@PATIENTBIRTH | @SYSDATE  説明医師：@USERSECTION @USERNAME |

**心臓カテーテル治療(PCI)を受けられる方へ**

1. **治療の必要性について**

対象となるのは、心臓カテーテル検査（冠状動脈造影）の結果、冠状動脈の主要部分の１箇所または２箇所に75％以上の狭窄病変が見つかり、内服薬だけでの治療が難しいと考えられる、しかしバイパス手術を必要とするほど重症ではない患者様です。

　狭心症（胸痛や息切れ等）の症状がある場合はもちろんですが、糖尿病、高コレステロール血症、人工透析中の患者様は、自覚症状がなくとも心筋梗塞や突然死に見舞われる危険性があるため、治療が必要となります。

**２．カテーテル治療の合併症と危険性について**

　カテーテル治療は、カテーテル検査の延長線上にある治療法です。

　当院では、現在のところ95％以上の成功率です。治療には細心の注意を払っておりますが、冠動脈の解離や閉塞による急性心筋梗塞の発症や心外膜下への出血など危険な合併症が皆無ではありません。カテーテルでの処置で状態が改善しない場合は緊急手術が必要となる可能性もあります。

　ただし、担当医師は治療方針をお話しする前に、カテーテル治療を行なわずに内服治療を続けた場合、あるいは冠動脈バイパス手術を受ける場合の危険率を十分検討しております。他の治療法よりも安全と判断してこの治療をお勧めしています。

**ヨード造影剤　説明書　　　　　　　　　　　　　（患者さん保管用）**

|  |  |
| --- | --- |
| 依 頼 科：@USERSECTION  @PATIENTWARD病棟　@PATIENTROOM病室  ＩＤ No.：@PATIENTID  氏 名：@PATIENTNAME  生年月日：@PATIENTBIRTH | 副作用歴など該当項目がある患者さんの場合、説明医師は予約前に検査担当医師にご相談ください。  @SYSDATE  説明医師：@USERSECTION @USERNAME |

**造影検査・治療を受けられる方へ**

あなたは、外来もしくは病棟担当医師により、造影剤を使用した上記の治療が必要と判断されました。以下に造影・治療検査に関する概要をご説明いたします。『造影剤の必要性』と『合併症の可能性』をご考慮のうえ、造影剤の投与にご同意頂ける方は、下記の治療(PCI)・造影剤使用に対する同意書にご署名ください。ただし、治療(PCI)・造影剤使用に対する同意書にご署名いただいた後でも、いつでも同意を撤回することができます。

**1. 造影剤について**

造影剤とは、Ｘ線を利用した上記の検査において、血管に注射して血管やいろいろな臓器を見やすくする薬です。腫瘍などの病巣も染まってわかりやすくなったり、染まりの具合から病気の性質が判定できたりします。水溶性ヨード造影剤を使用しており、健康な方ではほぼ12時間以内に腎臓から尿中に排泄されます。

ただし、患者様の病態や腎機能あるいは造影剤アレルギー歴によっては使用できない場合があります。その際は、今回の上記検査・治療を中止して、あらためて他の検査法を検討する必要があります。

**2. 造影剤の副作用・合併症について**

造影剤の副作用には注入直後から数分以内に生じる即時型と、注入から数時間～数日以内に発生する遅発型とがあります。

全体の3％になんらかの副作用の出現が報告されていますが、多くのものは熱感、かゆみやじんま疹、嘔気といった軽度なもので治療を必要としません。まれに冷汗、血圧低下、呼吸困難、ショックなどの重篤な副作用も出現しますが、その頻度は0.1～0.01％です。また極めてまれに（25万～30万人に1人）重篤なショックにより死亡する報告もあります。重篤な副作用の場合は後遺症の残る可能性もあり、入院での治療が必要となることがあります。

**3. 緊急時の対応について**

上記の副作用や合併症などが生じた場合の対応については、検査・治療担当医師や看護師が適宜対応させていただきます。検査室には対応に必要な医薬品や救急用の設備も用意してあります。重篤な副作用発現の場合には他科の医師にも応援の要請をし対処いたします。場合によっては入院が必要となることもあります。

**4. 検査・治療前にお教えいただきたいこと**

現在のところ、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**造影剤副作用歴、アレルギー歴（特に喘息）、心疾患**などがあげられています。これらに該当する方あるいは当日の体調の悪い方は検査室でお申し出ください。検討の上、検査担当医師が造影剤使用の可否を決めさせていただきます。

**5. 検査・治療前の前処置について**

万一の嘔吐に備え、造影検査・治療を受ける場合には、検査・治療前の食事（午前の場合は朝食、午後の場合は昼食）を抜いていただきます。水分に関しては制限はありませんが、検査・治療前は水やお茶などの透明な飲料水とし、ヨーグルトや牛乳などの乳製品は避けてください。お薬は通常通り飲用・服用して構いませんが、詳しくは外来または病棟の担当医師にご確認ください。

**6. 検査・治療後の生活について**

普段の生活で特に水分制限をされていない方は、造影検査・治療終了後、いつもより多めの水分の摂取を心がけてください。食事に関しても通常通りの食事をされて結構です。

前述の2.で説明した『遅発型副作用』として、発疹やかゆみなどが出現することがあります。これらの症状が出現した場合は、外来もしくは病棟担当医までご連絡ください。

不在あるいは休日の場合は、救急室へご連絡ください。その際は『いつ、何科で、何の造影検査を受けた』とお伝えいただき、お手元にはID番号がわかるものをご用意ください。

場合によっては診察が必要な場合があります。

**造影剤　問診票　　　　　　　　　　　　　（検査当日にご持参ください）**

|  |  |
| --- | --- |
| 依 頼 科：@USERSECTION  依頼医師：@USERNAME  ＩＤ No.：@PATIENTID  氏 名：@PATIENTNAME  生年月日：@PATIENTBIRTH | 副作用歴など該当項目がある患者さんの場合、説明医師は  予約前に検査担当医師にご相談ください。  @SYSDATE  説明医師：@USERSECTION @USERNAME |

**造影剤に関するいくつかの質問にお答えください。**

下記から該当する□内に『✓』を記入してお答えください。（複数チェック可）

（具体的に：　　）内には具体的な語句・文章をご記入ください。

記入後、検査依頼科の担当医あるいは看護師にご提出ください。

|  |
| --- |
| * **過去の造影剤使用歴　　　　なし　　　あり**　（　　CT　　　MRI　　　 尿路造影　　　血管造影） * **造影剤の副作用歴　　　　　なし　　　あり**　（　　蕁麻疹　　　嘔気・嘔吐　　　血圧低下　　　その他　　　　　　　　　） * **ぜん息の有無　　　　　　　なし　　　あり**　（　　現在治療中　　　小児ぜん息　　　治癒） * **アレルギー歴　　　　　　　なし　　　あり**　（　　アトピー　　　鼻炎　　　薬　　　食物　　　その他　　　　　　　　 ） * **家族のアレルギー歴　　　　なし　　　あり**　（　　アトピー　　　鼻炎　　　ぜん息　　　その他　　　　　　　　　　　 ） * **心疾患の有無　　　　　　　なし　　　あり**　（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） * **甲状腺疾患の有無　　　　　なし　　　あり**　（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　） * **腎臓病の有無　　　　　　　なし　　　あり**　（　　腎不全　　　透析中　　　その他　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） * **ビグアナイド系　　　　　　なし　　　あり**（ メルビン錠　 グリコラン錠　 　ジベトス錠 　その他　　　　　 ）   **糖尿病用の服用なし**  **● 妊娠の有無**（女性のみ）　**なし　　　あり** |

私は、@SYSDATE、　患者： @PATIENTNAME 様

（代理人に説明の場合、氏名：　　　　　　　　　　　様　続柄：　　　　　）に対し、治療および造影剤使用について説明致しました。

**治療(PCI)・造影剤使用に対する同意書**

○○病院　院長殿

私は、心臓カテーテル治療(PCI)（予定日 　@KENSADATE2 ）、および造影剤の使用について、説明書に基づき、担当医師から十分な説明を受け納得いたしましたので、治療（PCI）を受けることに同意いたします。又、治療中に緊急処置を行う必要が生じた場合には、適宜これを受けることについても承諾いたします。なお、説明文書を受け取りました。

　　　年　　　月　　　日　　　　本人署名：

代理人署名：　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　）