

ダットスキャン (ドパミントランスポートシンチグラフィ) の説明書

検査予約日： 年 月 日

説明書

(本検査の必要性、放射性医薬品の副作用、検査に影響する薬剤)

【検査の必要性】

あなたの病気の存在または状態を明らかにし、治療方針を決めるために、ドパミントランスポートシンチグラフィを行います。これは放射性ヨウ素で標識したイオフルパンという放射性医薬品を注射して脳内の線条体に集積させたのち、放出される微量なガンマ線を体外からガンマカメラで撮像する検査です。

【副作用】

イオフルパンは海外で 10 年以上前から使われている安全な薬ですが、一般の薬と同じように、体質やそのときの体調により、次のような副作用が出ることがあります。

1. およそ 100 人中 4 人に副作用がみられます。その主な症状は頭痛、悪心、めまい、空腹、口内乾燥などで、大部分はこの薬に含まれるアルコールによるものと考えられています。
2. きわめてまれに投与後局所反応、そう痒および紅斑等の過敏症があらわれる可能性があります。

【影響する薬剤】

この検査に影響する可能性のある薬剤があり、それを飲んだまま検査をすると、誤った結果になることがあります。したがって、検査前の一定期間、服薬を中止してもらうことがあります。ただし、服薬を中止することにより症状が悪化する可能性もありますので、中止するかどうかは主治医の判断に従ってください。

この検査を行うかどうかは、この検査の必要性和危険性を十分に比較検討した上で判断されます。

以上の説明をご理解いただいた上で、問診票と確認・同意書の記入をお願いします。同意書に記入された後でも、いつでも検査を拒否できます。

ご不明な点は担当医師または下記にお問い合わせください。

東京都立多摩南部地域病院 RI 検査室

電話 042-338-5111 受付 2170 PHS (8104)

夜間 救急外来 2190

多摩南部地域病院 放射線科 RI 検査 (地域連携用)
 ダットスキャン (ドパミントランスポートシンチグラフィ) の
 問診票 兼 同意書

検査予約日： 年 月 日

問診票

(患者さんおよび医師によるチェック)

1. 今までにドパミントランスポートシンチグラフィをしたことがありますか？ ない ある
 「ある」の場合で、何らかの副作用や問題が生じたことがあればその内容をお書きください。
 ()
2. アルコール綿で皮膚がかぶれますか？ ない ある
3. 普段、お酒 (アルコール類) は飲みますか？
 定期的に飲酒の機会があり、とくにアルコールに弱いということはない。
 つきあい程度に飲むか、最近はまったく飲まないが、とくにアルコールに弱くない。
 まったくお酒が飲めず、アルコールに弱い体質である。
4. 以前に薬や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか？ ない ある
 ヨード造影剤・くすり・食べ物など ()
5. 検査に影響する可能性のある薬剤 (別紙^{注1}) を服用していますか？ ない ある
 注1) 「ダットスキャン静注 併用注意薬についての文献情報」
 「ある」の場合、薬剤名をお書きください。()
 →「ある」の場合、検査前の一定期間、服薬を中止してもらうことがありますが、
 中止するかどうかは主治医の判断に従ってください。
 *検査に影響する薬剤を使用された場合は、正しい結果が得られないことがあります。
6. 重篤な肝障害や腎障害がありますか？ ない ある

当院では、下記1～3の条件にあたる場合、検査をお断りしています。

- ① アルコールに過敏で全く受け入れられない方。 ない ある
- ② 妊娠の可能性、または授乳中の方。 ない ある
- ③ コカインなどの興奮性賦活物質に対して過敏な方。 ない ある

患者さんへの説明確認書

東京都立多摩南部地域病院病院長 殿

ダットスキャン (ドパミントランスポートシンチグラフィ) の説明書において、ドパミントランスポートシンチグラフィの必要性和ダットスキャン静注 (イオフルパン) の副作用および検査に影響する薬剤について患者()さんに十分説明いたしました。

西暦 年 月 日 主治医(担当医) _____

同意書

東京都立多摩南部地域病院病院長 殿

私はドパミントランスポートシンチグラフィの必要性和ダットスキャン静注 (イオフルパン) の副作用および検査に影響する薬剤について説明を受け、十分理解しました。ドパミントランスポートシンチグラフィを行うことに同意します。上記の問診票も間違いありません。

西暦 年 月 日 本人・代理人(続柄)) 氏名 _____

●上記の内容を確認 日付 _____ 確認者 _____