

公立甲賀病院

経皮的ラジオ波焼灼術 説明書および同意書

登録番号

氏名

生年月日

性別

診療科名

発行日

患者 様の **経皮的ラジオ波焼灼術** 実施について、以下通り説明いたしました。

- 現在の病状と処置・検査・治療の必要性について
肝腫瘍に対する治療には、手術以外の方法として、経皮的な局所治療(ラジオ波焼灼術・エタノール注入療法)、あるいは動脈から抗腫瘍薬・塞栓物質を注入する治療(経カテーテル的肝動脈塞栓術)があります。今回はこれまでの経過と現在の病状を併せ、経皮的な局所治療である ラジオ波焼灼術・エタノール注入療法 を施行することを選択しました。
- 処置・検査・治療の方法について
局所麻酔(場合によっては全身麻酔)を行った後にCT画像や超音波画像などをリアルタイムに見ながら腫瘍にラジオ波焼灼術専用の針を刺し、その針を用いて腫瘍を焼灼、熱凝固壊死させます。焼灼中は腹痛を伴うことが多いため、全身的な鎮痛剤を適宜使用します。場合によってエタノール注入療法を併用します。
- 処置・検査・治療に伴う合併症と危険性、および緊急時の処置について
頻度的には非常に稀なものも含めて、以下のような合併症の可能性がありますが、現在の疾患の治療の上で必要な検査・手技です。緊急時の処置は勿論万全を期して施行しますので、御了解下さい。
1: 痛み、嘔気、腹腔内出血、肝機能障害、肝膿瘍・梗塞、血管・胆管損傷、気胸、胸水、皮膚熱傷、消化管穿孔など
2: ペースメーカ装着されている方は原則禁忌です。
3: 麻酔薬に伴う合併症

説明日時 年 月 日

説明場所

説明医師

診療科

氏名(署名)

同意書

公立甲賀病院院長 殿

私は、経皮的ラジオ波焼灼術の実施にあたり、現在の私の病状、その必要性と方法、合併症の可能性と危険性、緊急時の処置について、十分な説明を受け、納得いたしましたので、その実施に同意いたします。

年 月 日

患者様

氏名(署名)

(親族など患者が未成年等の場合)

氏名(署名)

患者様との続柄(

公立甲賀病院 放射線科