

公立甲賀病院

経皮的腎動脈塞栓術説明書および同意書（患者様用）

患者様 の（ 経皮的腎動脈塞栓術 ） 実施について、以下通り説明いたしました。

1. 現在の病状と処置・検査・治療の必要性について

多発嚢胞腎や進行腎癌、腎出血に対して、薬物や手術以外の方法としては、経皮的に動脈から塞栓物質を注入し止血する方法があります。今回はこれまでの経過と現在の病状を合わせこの治療を施行します。

2. 処置・検査・治療の方法

穿刺部(原則として病変部近くの動脈ですが、他の部位が選ばれることもあります)を局所麻酔後、カテーテルと呼ばれる細い管を血管内に挿入して、目的とする血管の塞栓を行います。塞栓物質にはゼラチンや金属コイル、エタノール、NBCA 等を用いる可能性がありますが最終的には造影所見併せて決定する予定です。

3. 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

頻度的には非常にまれなものも含めて、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(外科的処置含む)は勿論万全を期して施行しますので、ご了解下さい。

- 1:血管造影手技に伴う合併症として、穿刺部の血腫形成、感染、血管損傷による出血、閉塞、拡張時の疼痛等
- 2:使用する造影剤による造影時の熱感あるいは疼痛、ショック等
- 3:非常に稀ですが、手技に伴う出血症状や腎梗塞、敗血症その他全身性に重篤な状態
- 4:手技は不成功になる場合や検査中の状況によっては手技を行わない場合もあります。手技は成功しても症状は目立って良くならない場合があることもご了解ください。

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、（経皮的腎動脈塞栓術）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） _____