

造影検査確認書

(地域連携検査用)

桑名市総合医療センター

この度は地域連携検査(造影検査)をご利用いただき誠にありがとうございます。造影検査のオーダーにつき下記点をご確認ください。

6. 造影剤腎症予防について

- ① 患者様に問診同意書の記入をご指示ください。
- ② eGFR 45ml/min 以下の方は造影検査前に補液を行います。過去 3 ヶ月以内の腎機能の結果の記載・心機能の評価の記載と患者様へ検査前の点滴の説明をお願い致します。(補液は重炭酸リンゲル液(ピカネイト)を使用し検査まで 3 時間、検査後 1 時間でを行います。心負荷となる可能性がありますのでわかれば心機能の記載をお願い致します。心機能は心エコーでの評価や胸部レントゲンでの心拡大の評価で判断をお願いします。)
- ③ 問診票を確認いただき確認のサインを指示医記載欄をお願いします。

7. 造影剤使用時のメトホルミン使用について

- ① メトホルミンの内服の有無を確認してください。
- ② メトホルミンを内服していた場合には検査前 48 時間 検査後 48 時間の中止の指示をお願いします。

今後とも桑名市総合医療センター 地域連携検査を利用いただきますようよろしくお願い致します。