



逆行性尿路造影検査および尿管鏡検査

診断（疑い）：みぎ、ひだり、両側

検査：みぎ、ひだり、両側 逆行性尿路造影検査および尿管鏡検査

検査予定日： 年 月 日

概要・目的：

尿管狭窄や腎盂尿管腫瘍を疑う場合に行う検査です

方法：

麻酔下に尿道より内視鏡を膀胱内に挿入します。

内視鏡で、尿管口を見つけ出し、そこからガイドワイヤー（細い針金）やカテーテルを尿管内にすすめ、尿管、腎盂の中の尿を採取して細胞診検査に提出します。カテーテルから造影剤を注入して、腎盂尿管の形態を撮影します。場合によっては尿管鏡（内視鏡）で中を観察します。尿管内にはステントを留置することがあり、後日外来で簡単に抜去が可能です。

なお、膀胱内に偶然膀胱腫瘍を認めた場合は、腫瘍の切除を優先し、腎盂尿管の検査を行わない場合があります。

合併症(副作用・偶発症)について：

- ✓ 出血：検査後に血尿を認めることがあります。
- ✓ 尿路感染症：前立腺炎、精巣上体炎、腎盂腎炎などを発症する可能性があります。重篤化し、敗血症に至る可能性もありますが、ごく稀です。
- ✓ 疼痛：尿管狭窄が重篤な場合には、検査で使用した造影剤がうまく排出されず、検査後に疼痛が出現することがあります。鎮痛薬にて対処します。
- ✓ 尿管損傷：尿管を損傷することがあります。軽度の場合には、尿管ステント留置にて対処することがあります。重篤な場合には、開腹処置を行うことがあります。
- ✓ 血栓・塞栓症…深部静脈血栓による肺塞栓症を発症する可能性があります。頻度はごく稀ですが、発症すると重篤な状態に至る可能性が高いものです。弾性ストッキング着用などにより予防処置は講じますが、完全に防げるものではありません。
- ✓ その他：持病の悪化や、麻酔薬や抗生剤などによるアレルギーや予期せぬ出来事（脳梗塞，脳出血、心筋梗塞など）が生じ、重篤な事態に至る可能性があります。

【個人情報保護について】

●他の患者さんの治療に役立つため、また、手術手技の教育などの貴重な情報として、この手術に関するあなたの診療情報・診療録（CT画像、手術ビデオ等を含む）が使用される場合があります。これらの使用目的には、安全性・有効性の評価、法令に基づく調査（使用成績調査等）、医薬品承認申請（再審査・再評価の場合を含む）、規制当局等の要請に基づく国又はこれに準ずる組織の研究等への協力が含まれます。

●上記の目的のため、担当医師チームのほか、第三者（学会）に対してあなたの診療情報・診療録を提供する場

合があります。情報の提供先は、提供された情報等を上記の目的のために評価・検討し、その集計結果や治療成績を厚生労働省や医学雑誌などに公表する場合があります。

- あなたの診療情報・診療録（CT 画像等を含む）を第三者へ提供する場合は、あなたを直接特定する情報（例えば、氏名や住所など）は一切含まれず、当施設で定められた所定の手続きを経た上で行われます。

他の検査選択肢について：

逆行性尿路造影検査および尿管鏡検査以外の治療について

- 造影 CT 検査による CT-3D 再構築尿路撮影、単純・造影 MRI 検査による MRI-2D/3D 再構築尿路撮影などによる検査があります。技術の進歩により解像度は日進月歩で進化していますが、細胞診検査や直接の観察ができないといった欠点があります。ご本人の年齢や全身状態や合併疾患、病変の大きさや広がり方を考慮して治療法を提示しています。ご希望に沿った治療法を選択して下さい。ご不明な点をご理解を深めて頂けるようにご質問下さい。本検査を受けたくないという方がおられるかもしれません。もしこの検査を受けなければ、確定診断や治療が遅延する可能性があります。十分理解した上でこの検査を受けてください（中止はいつでも可能です）。

セカンドオピニオン・自由意思による検査の同意とその撤回・ご本人の自己決定権について：

- この説明を聞いて、逆行性尿路造影検査および尿管鏡検査を受けることに同意しない場合でも、今後の診療・治療などに不利益になることはありません。
- この検査を受けることに同意し、開始した後でも、考えが変わった場合にはいつでも同意を取り下げることができます。この場合も、今後の診療・治療などに不利益になることはありません。
- わからないことや確認したいこと、相談したいことがあるときは、同意の前後に関わらず、いつでも遠慮なく質問してください。最終的な検査・治療方針の決定は患者さんご本人によってなされ、そのためにセカンドオピニオンを得る機会があります。また、予定される検査・治療に同意しない場合でも一切不利益をうけることはありません。また検査を開始した後でも、考えが変わった場合にはいつでも同意を取り下げることができます。この場合も、今後の治療や看護などの診療内容に不利益になることはありません。

以上の説明に関して不明な点は医師、看護師にお尋ねください。

説明日 @SYSDATE

同愛記念病院 @PATIENTFORMALSECTIONNAME

説明医師： @ACTIVEUSERNAME 印またはサイン 同席者： _____

私は、逆行性尿路造影検査および尿管鏡検査の目的、方法および副作用・合併症について、上記の内容を読み、また医師の説明により十分に理解しましたので、上記の検査・治療を受けることに同意します。

なお、緊急の処置・治療を行う必要が生じた場合には、適宜施行されることについて同意します。

同愛記念病院 院長 殿

年 月 日

本人氏名 _____ 印 ※署名がある場合は押印不要

家族等氏名 _____ 印（本人との続柄 _____）

※本人の署名がある場合は家族等の署名は不要 ※本人が署名不能な場合や未成年者の場合には家族等の署名が必要