

麻酔説明書

神戸大学医学部附属病院

姓

1. 今回、手術・処置・検査を適切かつ安全に行うために麻酔が必要です。あなたに予定する麻酔方法と起こりうる合併症、危険性およびモニターとその合併症などをここに説明します。なお、麻酔全般に関しては、別途お渡しした「麻酔について」をご覧ください。ご不明な点があれば説明致します。

2. 予定している麻酔法

由

全身麻酔

☐ 脊髄くも膜下麻酔

☐ 硬膜外麻酔

☐ 神経ブロック ()

☐ 鎮静

☐ その他 ()

3. 予測される合併症と危険性

☒ 全身麻酔：喉の損傷、のどの痛み・声のかすれ、吐き気・嘔吐、肺炎、気胸、無気肺、気管支痙攣、喉頭痙攣、アレルギ・悪性高熱症、体位による神経障害
☐ 脊髄くも膜下麻酔：頭痛、吐き気・嘔吐、効果不十分・効きすぎ、神経損傷、出血、感染
☐ 硬膜外麻酔：頭痛、吐き気・嘔吐、かゆみ、出血、感染、神経損傷、硬膜外カテーテル切断および体内遺残
☐ 神経ブロック：神経損傷、局所麻酔薬中毒、気胸、腹腔内穿孔、出血、感染
☐ 鎮静：効果不十分、異常興奮
☐ その他：薬剤・輸血・器材による副作用、肺血栓塞栓症、心合併症、脳梗塞、脳出血、肝障害、腎障害、溺死

4. 患者さまに麻酔を行う上で、問題となるのは以下のことです。

<input type="checkbox"/> 高齢	<input type="checkbox"/> 肺機能の低下	<input type="checkbox"/> 歯牙動揺
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 肝機能異常	<input type="checkbox"/> 肥満
<input type="checkbox"/> 心疾患	<input type="checkbox"/> 腎機能低下	<input type="checkbox"/> 薬剤の影響
<input type="checkbox"/> 心電図異常	<input type="checkbox"/> 出血傾向	<input type="checkbox"/> 低栄養
<input type="checkbox"/> 神経疾患	<input type="checkbox"/> 血栓傾向	<input type="checkbox"/> 内分泌異常
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 感染症	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> ぜんそく	<input type="checkbox"/> 開口・顔部後屈制限	()

5. 麻酔中のその他の処置およびその合併症

患者さまの麻酔中に、以下のような処置を行う予定です。その場合、付記したような合併症の可能性があります。

☐ 観血的動脈圧測定：出血、血栓、感染、神経損傷
☐ 中心静脈カテーテル挿入：不整脈、出血、感染、血栓、気胸、血管損傷
☐ 肺動脈カテーテル挿入：不整脈、出血、感染、血栓、気胸、血管損傷
☐ 経食道心エコー：嚥下痛、歯や口腔内の損傷、顎関節脱臼、消化管出血、食道穿孔
☐ 気管支ファイバースコープ：気管支粘膜の損傷、出血、感染
☐ その他の処置 ()：

6. その他

・手術中必要に応じて、麻酔法の変更や薬物などによる処置を行うことがあります。
 ・体動や手術体位を保持するために、身体を固定します。
 ・研修を目的に麻酔指導医・専門医・標榜医と共に研修医が麻酔を行うことがあります。
 ・医科麻酔研修を目的に麻酔指導医・専門医・標榜医と共に歯科麻酔科医が医科麻酔を行うことがあります。
 ・医学の発展・進歩を目的に、個人情報厳密に管理した上で、学会発表および論文掲載のために血液検査等のデータ収集を行う場合があります。
 ・その他 ()

2015 年 4 月 15 日 麻酔科 説明医 (署名) [署名]

説明書を受領し、上記記載事項について説明を受けました。

2015 年 4 月 15 日

患者 氏名 (署名) [署名] 印

同席者 氏名 (署名) [署名] 印

(患者との続柄)

この説明書は2部あります。

1部にお名前を記名・捺印されるか、あるいは自筆署名をしていただき、別紙の同意書とともに提出して下さい。

残りの1部はご自身で保管して下さい。