

胸腔穿刺・胸腔ドレナージについての説明書・同意書

患者氏名 _____ ID _____

説明日時： 西暦 年 月 日 時 分 ~ 時 分

説明を行った場所： _____

説明を受けた人 (患者本人・ _____)

主に説明を行った者 _____

同席者 _____

1. 診断名（疑われる病名）または病態名

2. 病状の説明

3. 検査・治療の目的・必要理由

胸腔内（胸壁と肺のすき間）に貯まった水（胸水）または空気を抜く処置を行います。

【処置の内容】

A. 胸腔（胸水）穿刺

局所麻酔（キシロカイン）下に注射針を用いて胸水（数十 ml 又はそれ以上）を採取し、採取した胸水で各種検査を行います。（この方法で中等量以上の胸水を抜くこともあります）

B. 胸腔ドレナージ

インフォームドコンセントに関する評価会議
承認番号 (2019 - 0012) -2

局所麻酔（キシロカイン）下に肋骨の間から径 5~10mm 程度のチューブを胸腔内に挿入し、多量に貯まった胸水や空気を排出します。胸水や空気の排出が落ち着くまでの間は（数日間）チューブを留置したままとなります。

*原因不明の胸水の場合、上記処置の後に胸膜生検（チューブを挿入した孔から内視鏡を胸腔内に入れて胸膜組織を採取）を行う場合があります。胸膜生検の予定（ありなし）

*胸腔ドレナージ後、治療を行っても胸水や空気の排出が減少しない場合に、胸水や空気の排出を減らす目的で胸膜癒着術（チューブから薬剤を注入して、胸壁と肺の表面を人為的に癒着させる）を行う場合があります。 胸膜癒着術の予定（ありなし）

4. 検査・治療の実施日・期間、場所、内容

西暦 年 月 日 ~ 年 月 日
場所 _____

5. 当該検査・治療により期待される効果と限界

胸腔内に貯まった空気または液体（胸水や血液）により、肺の膨らみが妨げられている状態をドレナージにより改善します。呼吸が楽になることが期待されます。

しかしながら、ドレナージを行っても、それを上回る勢いで空気や胸水が胸腔内へ產生・排出される場合は十分な効果を得られない場合があります。その場合は、胸膜癒着術を追加することがあります。

*胸膜癒着術（上記3参照）

胸壁と肺の表面を癒着させることにより、空気や胸水の貯まるスペースを無くします。

6. 検査・治療に伴う有害事象（副作用）、危険性とその対応について

【合併症】

以上の処置は十分に注意をした上で行いますが、ごくまれに、ある確率で以下のようない不都合な事象が起こる可能性があります。もし合併症が生じた場合には速や

かに適切な対処（治療）を行います。 *下線は重篤になります

ショック：麻酔のアレルギーや胸膜への刺激で、ショック（血圧低下）となる場合があります。

発熱：ドレナージ処置や胸膜瘻着術後に数日間 37～38°Cの発熱を伴うことがあります。

疼痛：処置中及び処置後、あるいは胸膜瘻着術後に数日間胸の痛みを伴うことがあります。

出血（胸腔内出血）：血管損傷や出血しやすい方などで予想以上に出血する場合があります。

気胸（医原性）：肺の表面に小さな傷ができ空気が漏れること。ドレナージが治療になります。

皮下気腫：ドレナージチューブ挿入後に胸腔内の空気が皮下に入って胸がふくれること。

感染（膿胸）：処置の傷口から菌が入り感染を起こすこと。

再膨張性肺水腫：しぶんでいた肺が膨らむ際に、肺に水が滲み出して呼吸困難になること。

7. 代替可能な医療行為について

該当なし

8. 当該検査・治療を行わなかったときに予想される経過

呼吸状態の改善は見込めず、場合によってはさらに悪くなることもあります。

9. 患者の特性による問題点、その他

インフォームドコンセントに関する評価会議
承認番号 (2019 - 0012) -4

この検査・治療を受けるか受けないかは、ご自身の自由な意思で決めることができます。主治医やご家族等の信頼している方に相談されるなどして、よくお考えの上、ご自分の意思で決めてください。他院の医師の意見を聞く機会をもつこと（セカンドオピニオンといいます）も可能ですので、その際はお申し出ください。この検査・治療を受けるか受けないかを、ご自分で決定できない場合、ご家族等の信頼できる人に委ねることもできます。その場合、主治医やご家族等で十分に話し合い、あなたにとって最善の方針をとっていきます。

仮にこの検査・治療を受けられなくても、その後の診療において何ら不利益を受けることはありません。また、一旦、この検査・治療を受けることに同意した後でも、いつでも自由に当該の検査・治療を受けることを取り止めることができます。その場合でも、ご自身は何ら不利益を受けることはありません。

説明日 西暦 年 月 日

説明者 氏名 印

私は上記の説明文書に則って、説明を受け、内容を理解しましたので、同検査・治療を受けることに同意します。

西暦 年 月 日

氏名 印

代諾者 印 (本人との関係 :)