

説明・同意書

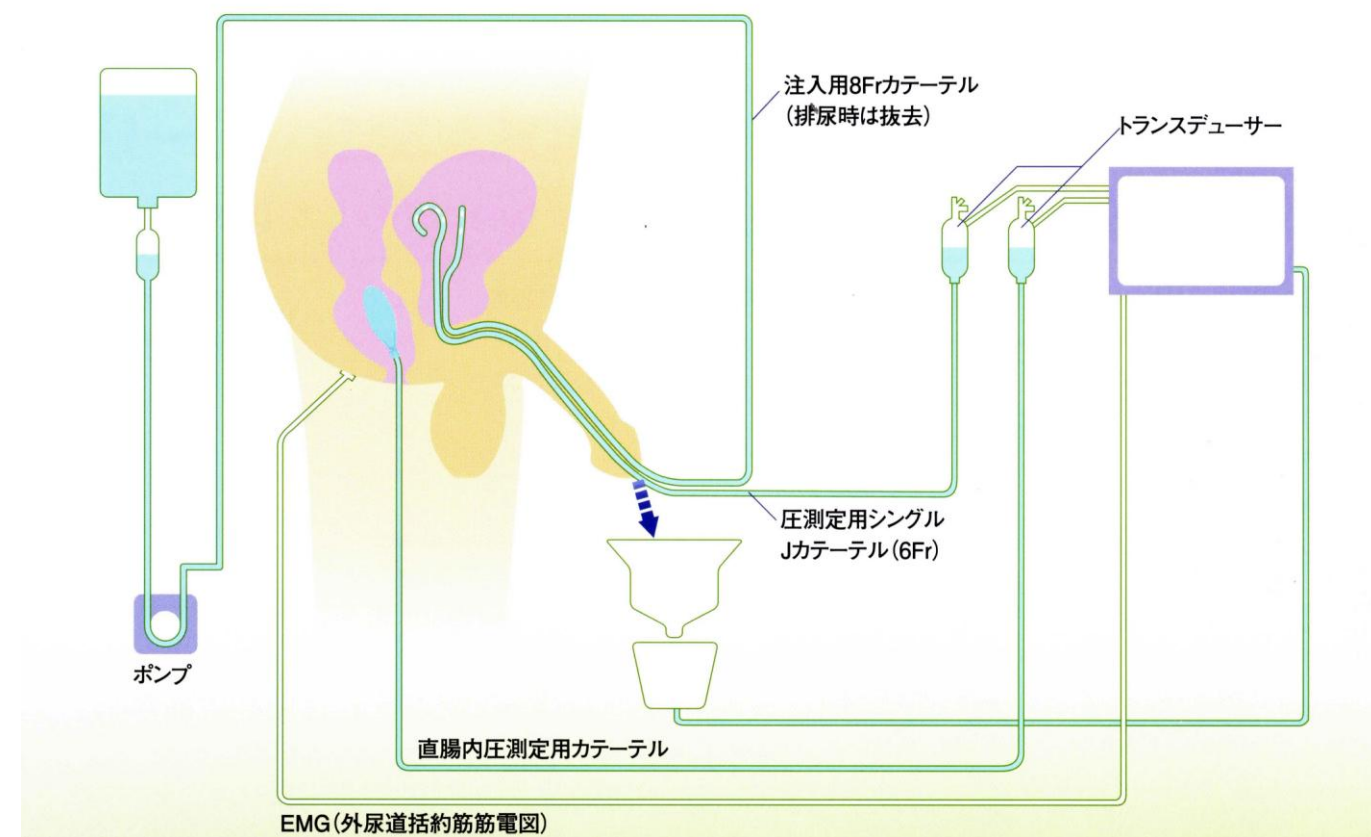
私は、患者(または)代理人 @PATIENTNAME 様に対して、下記手術・検査・麻酔の必要性、危険性及び合併症等について、次のように説明いたしました。

手術・検査等の名称 内圧尿流検査(Pressure-flow study PFS)

説明の内容

- 1. あなたの病気や病状について:**尿の勢いが弱い(尿勢低下)、排尿が途中で途切れる(尿線途絶)、トイレに行くと尿が出るまでに時間がかかる(排尿遅延)、力まないと排尿できない(腹圧排尿)などの排尿症状や尿の回数が多い(昼間、夜間頻尿)、我慢することが困難な強い尿意がある(尿意切迫感)、尿が漏れる(尿失禁)などの蓄尿症状や尿が残った感じがある(残尿感)などの排尿後症状、尿がまったく出ない(尿閉)などの下部尿路症状は男性の前立腺肥大症(尿排出障害)や膀胱の排尿筋収縮機能異常(神経因性膀胱)などで起こってきます。
- 2. 手術・検査の目的、必要性や有効性:**圧尿流量検査(Pressure-flow study) は排尿時の膀胱内圧、腹圧(直腸内圧)、膀胱排尿筋圧(膀胱内圧-腹圧)、尿流率を同時に測定する検査で、膀胱排尿筋圧と尿流率の関係から、下部尿路閉塞の程度(尿の通り道がどのくらい狭くなっているか)と膀胱収縮機能(排尿する時の膀胱のポンプ機能)について評価する検査です。外科的治療前の排尿筋収縮機能、尿排出障害の有無の評価に有用です。排尿時の膀胱内圧は尿道から膀胱内にカテーテルを挿入し、膀胱内へ生食を注入し、膀胱を充満しながら膀胱内圧測定を行うもので、膀胱蓄尿機能(尿をどのくらいためられるか)を評価することができます。膀胱容量や蓄尿期の膀胱不随意収縮について他覚的に評価できます。膀胱不随収縮とは排尿筋過活動ともいわれ、尿をためている最中に自分の意思とは関係なく膀胱が収縮することで、これがあると就寝中に尿が漏れたり、気づかないうちに尿が漏れたりします。排尿時に力んで腹圧排尿になっていないか(腹圧は直腸圧で代用します)を調べます。また尿流率を測定する尿流測定は、排尿すると機器が自動的に尿流カーブを描き、非侵襲的に尿排出のスクリーニング検査ができるものです。尿排出障害を引き起こす前立腺肥大症や排尿筋低活動を示す神経因性膀胱のスクリーニングに有用です。特に前立腺肥大症などの手術療法を受ける予定の場合は、この検査によって手術の効果が概ね推定できます。
- 3. 手術・検査の内容と注意点:** 検査は排尿機能検査士である当外来の看護師が行います。圧尿流量検査(Pressure-flow study) は排尿時の膀胱内圧、腹圧(直腸内圧)、膀胱排尿筋圧(膀胱内圧-腹圧)、尿流率を組み合わせて同時に測定する検査ですので、少し準備に時間がかかります。膀胱内圧を測定するためには、細いカテーテルを膀胱に挿入する必要があります。また腹圧は直腸内圧で代用しますので、肛門にも細いカテーテルを留置します。便がたまっていたりするとうまく圧が測定できない場合がありますので、朝かならず排便していただくのがスムーズに検査を終わらせるのに重要です。便秘気味の方は前もって下剤を処方いたします。カテーテルを尿道や直腸にいれるめんどろな検査ですが、手術の効果を確実にするには必須の検査ですので御了承いただければ幸いです。

検査の概要図



日本泌尿器科学会他:編「実践研修 排尿機能検査」2007より引用

4. 手術・検査の危険性とその対応: 検査の際にカテーテルを挿入しますので、検査後は少し頻尿になったり、排尿の際に痛みがあったり、時には出血(もしくは血尿)がみられたりすることがありますが、検査翌日には改善するのがほとんどです。水分を多めに摂取してください
5. 手術・検査を受けない場合、または代替可能な手術・検査: 検査を受けなくても手術を受けることは可能ですが、手術が期待通りの効果が得れるかどうかは不明です。

6. 患者さまの具体的な希望:

7. 手術・検査の同意を撤回(てっかい)する場合: 同意された後であっても手術・検査が始まるまでは、いつでもやめることができます。やめる場合には、そのことを主治医もしくは担当医にご連絡ください。

8. 連絡先: 関西医科大学附属枚方病院@USERFORMALSECTIONNAME 枚方市新町 2丁目3番1号、電話 072-804-0101

@SYSDATE

@USERFORMALSECTIONNAME 医師 @USERNAME 印

関西医科大学附属枚方病院 病院長 殿

私は、上記について説明を受け、その内容を十分に理解しましたので、その実施に同意しました。なお、この説明・同意書の写し(もしくは、説明文書とこの同意書の写し)を受け取りました。

@NENGOU 年 月 日

患者氏名 _____

住 所 @PATIENTADDRESS _____

親族又は代理者 (親権者、父母、配偶者、兄弟姉妹、保護義務者、法定代理人、
その他 _____)

氏名 _____