

同意書

医療法人 鈴木眼科クリニック理事長 鈴木 亨 殿

患者氏名 _____ 様

診療行為〈 _____ 〉に際しての抗血栓薬〈 _____ 〉の中断

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 に実施される予定の上記の診療行為にあたり、現在服用中の抗血栓薬を中止することについて十分な説明を受け理解しましたので、上記の抗血栓薬を中止したうえでの実施を希望致します。

説明医師 _____

説明年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明内容 :

脳梗塞や心筋梗塞など、血栓(血管内での血液の固まり)によって起こる病気を予防するために、抗血栓薬が使われます。すべての抗血栓薬は血を固まらせにくくする作用をもっており、一度出血すると止まりにくい性質をもっています。そのため、出血を伴うことが予想される手術を受ける場合には、現在内服中の抗血栓薬を中止する必要があります。しかし、抗血栓薬を中断すると脳梗塞や心筋梗塞などの血栓性疾患を発症する可能性があります。

抗血栓薬には、抗凝固薬(ワーファリン®)と抗血小板薬(バイアスピリン®、プラビックス®、プレタール®、パナルジン®など)の2種類があります。たとえば、ワーファリン®を中断すると約1%の頻度で脳梗塞や他の血栓性疾患を起こし、多くは重症であることが複数の研究で報告されています。また、脳梗塞の患者さんが抗血栓薬を中断すると脳梗塞再発の危険性が3.4倍に上昇するとの報告もあります。抗血栓薬中止による血栓性疾患発症のリスクを低減させる方法としては、飲水・点滴などで水分を補う方法があります。しかし、血栓性疾患の発症を完全に抑えることを保証するものではありません。

抗血栓薬を中止することと継続することの両方の危険性を十分にご理解していただきたいと思っております。抗血栓薬中止に伴う血栓性疾患発症の危険性を理解されたうえで、今回の手術を受けることを希望される場合には、この同意書に署名をお願い申し上げます。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 _____ 印

親族氏名 _____ 印

連絡先 _____