

## 説明文書

### 胃腫瘍切除手術における、ICG(インドシアニングリーン)蛍光法を用いた手術前マーキング

\*ICG とは・・・肝機能予備検査や、乳癌手術時のセンチネルリンパ節同定および肝切除時の切除範囲の同定に用いる試薬で、以前より使用されている薬剤です。

#### <目的>

##### 胃切除時の腫瘍位置同定や切除範囲の決定

今までも、手術中に腫瘍の切除範囲を決定するために、事前に点墨やクリップによるマーキングを行っていました。但し、点墨の場合は切除範囲が不明瞭となる事があり、クリップによる確認が多用されていました。一方、特にロボット支援下手術においては手術中にクリップを確認する事が困難となることから、点墨に変わる新しいマーキング方法が必要となっています。

そこで、ICGを用いた蛍光イメージング法がその代用となります。

#### <マーキング方法>

手術の数日前～前日に内視鏡下（胃カメラ）にマーキングを行います。手技については、今までの点墨で行う方法と同様です。

#### <ICGによるマーキングの合併症>

ICG自体は肝機能検査や手術中の血流評価などですでに使用されている試薬であり、使用する量も少量（0.05mlを3カ所程度）ですので、安全性は確認されています。

マーキングの手技については、通常の内視鏡下でのマーキング方法と同じですので、ICGによる特別なリスクはありません。

但し、試薬に対するアレルギーが有る場合は、アレルギー反応を認める場合があります。

## 同意文書

JA 広島総合病院 病院長 殿

私は ICG による手術前マーキングを受けるにあたり、下記の医師から、説明文書に記載された全ての事項について説明を受け、その内容を十分に理解しました。

また、私はこの処置を受けるかどうかを検討するにあたり、そのための時間も十分に与えられました。以上のもとで、自由意思に基づき、この治療を受けることに同意します。

- 治療の目的・必要性・有効性
- 治療の内容と注意事項
- 治療に伴う危険性
- 偶発症発生時の対応
- 処置を行わなかった場合に予想される経過
- 処置の同意撤回

説明年月日： 令和 年 月 日

説明医師： \_\_\_\_\_

説明を受けた方：

同意年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

同意者（本人）： \_\_\_\_\_

（自筆署名、もしくは記名押印）

同席者 \*： \_\_\_\_\_（患者様との関係： \_\_\_\_\_）

\*患者様本人以外に同席者がいる場合。