

3. 尿閉…針で穿刺したことにより前立腺が一時的にむくんで腫大することがあり、排尿困難の悪化がおきることがあります。その場合は導尿のカテーテルをむくみが治まるまでしばらく留置します。
4. 疼痛…生検後に肛門や会陰の疼痛が起きることがあります。鎮痛剤で対応します。
5. 全身的合併症…脳・心臓・肺などの血管がつまったりする疾患（血栓症、塞栓症）が起ることがあります。
6. 検査後の急変…担当医としては安全な処置を実施するように最大限の努力を致しますが、上記の合併症や不測の事態で死亡する危険性もあります。このような合併症が生じた場合には、輸液、昇圧剤投与、呼吸管理、手術などを含めて迅速・最善の処置を行います。

なお、今回の検査で癌が検出されなくても、癌が無いとは確定できません。今後も PSA 値の経過を追跡して上昇傾向となれば、外来担当医より再度の前立腺生検をお勧めすることがありますのでご了承ください。

【個人情報保護について】

- 他の患者さんの治療に役立てるため、また、手術手技の教育などの貴重な情報として、この手術に関するあなたの診療情報・診療録（CT画像、手術ビデオ等を含む）が使用される場合があります。これらの使用目的には、安全性・有効性の評価、法令に基づく調査（使用成績調査等）、医薬品承認申請（再審査・再評価の場合を含む）、規制当局等の要請に基づく国又はこれに準ずる組織の研究等への協力が含まれます。
- 上記の目的のため、担当医師チームのほか、第三者（学会）に対してあなたの診療情報・診療録を提供する場合があります。情報の提供先は、提供された情報等を上記の目的のために評価・検討し、その集計結果や治療成績を厚生労働省や医学雑誌などに公表する場合があります。
- あなたの診療情報・診療録（CT画像等を含む）を第三者へ提供する場合は、あなたを直接特定する情報（例えば、氏名や住所など）は一切含まれず、当施設で定められた所定の手続きを経た上で行われます。

他の治療選択肢・代替医療について：

前立腺生検以外の診断方法について

PSA が異常高値、画像検査で確定的と考えられる場合には、臨床的に前立腺癌と診断して生検を行わずに治療することがあります。その他に、経過観察などの選択肢があります。

ご本人の年齢や全身状態や合併疾患、病巣の拡がりを考慮して検査をお勧めしています。ご希望に沿った治療法を選択して下さい。ご不明な点をご理解を深めて頂けるようにご質問下さい。

本治療を受けたくないという方がおられるかもしれません。もし検査を行わなかった時の不利益をご考慮いただいたうえでこの検査を受けてください（延期や中止はいつでも可能です）。

セカンドオピニオン・自由意思による治療の同意とその撤回・ご本人の自己決定権について：

- この説明を聞いて、前立腺生検を受けることに同意しない場合でも、今後の診療・治療などに選択肢が減ることが

予想されますが、不利益になることはありません。

●この治療を受けることに同意し、開始した後も、考えが変わった場合にはいつでも同意を取り下げることができます。この場合も、今後の診療・治療などに不利益になることはありません。

●わからないことや確認したいこと、相談したいことがあるときは、同意の前後に関わらず、いつでも遠慮なく質問してください。

最終的な検査・治療方針の決定は患者さんご本人によってなされ、そのためにセカンドオピニオンを得る機会があります。また、予定される検査・治療に同意しない場合でも一切不利益をうけることはありません。また治療を開始した後も、考えが変わった場合にはいつでも同意を取り下げることができます。この場合も、今後の治療や看護などの診療内容に不利益になることはありません。

以上の説明に関して不明な点は医師、看護師にお尋ねください。

説明日 @SYSDATE

同愛記念病院 @PATIENTFORMALSECTIONNAME

説明医師： @ACTIVEUSERNAME 印またはサイン 同席者： _____

診断：前立腺癌疑い

術式：前立腺生検

手術日： 年 月 日

私は、前立腺生検の目的、方法および副作用・合併症について、上記の内容を読み、また医師の説明により十分に理解しましたので、上記の検査・治療を受けることに同意します。

なお、緊急の処置・治療を行う必要が生じた場合には、適宜施行されることについて同意します。

同愛記念病院 院長 殿

年 月 日

本人氏名 _____ 印 ※署名がある場合は押印不要

家族等氏名 _____ 印（本人との続柄 ）

※本人の署名がある場合は家族等の署名は不要 ※本人が署名不能な場合や未成年者の場合には家族等の署名が必要