（西暦）　　2026 年 10 月 9 日

# 当院で承認された未承認・禁忌薬・適応外使用医薬品についておしらせ

当院の臨床倫理委員会にて、以下の治療法が承認されました。対象者となられる方から同意をいただくことに代えて、病院ホームページに情報を公開することにより、この治療を実施しております。

なお、本治療に同意できない場合でも、診療において不利益を受けることは一切ありません。この内容に関して同意できない場合やご質問がある場合は、下記の問い合わせ先までご連絡ください。

記

| | |
|---|---|
| 実施内容 | ガストログラフイン®供給不足の代替として、オムニパーク 350 注 100mL の経口・注腸使用 |
| 対象疾患名 | 消化管撮影（検査） |
| 実施期間 | 2026 年 10 月 9 日～ |
| 目的・意義 | 当院では、一部の消化管造影でヨード系造影剤として、アミドトリゾ酸ナトリウムメグルミン液（商品名：ガストログラフイン®経口・注腸用）を使用していますが、現在、供給不足となっております。<br>欠品によりガストログラフイン®が使用できない場合、同じヨード系造影剤で通常注射用に用いるオムニパーク 350 注 100mL を代替として用いることで検査を行います。 |
| 予想される不利益と対策 | ガストログラフイン®による副作用と同様で、アナフィラキシーショック、吐き気、嘔吐、じんましんなどが起こる可能性があります。<br><br>未承認薬や適応外使用による薬の副作用が発生した場合、健康被害を救済する制度である国の「医薬品副作用被害救済制度」の対象外となる可能性があります。 |
| 委員会承認日 | 2026 年 10 月 9 日 |
| 問い合わせ先 | 〒347-0101 埼玉県加須市上高柳 1680<br>社会福祉法人　恩賜財団　埼玉県済生会加須病院　外科・消化器内科<br>電話番号　0480-70-0888（代表） |