

電腦斷層攝影檢查說明暨同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第 1 頁

病歷號：
姓名：
生日： 年 月 日

預約檢查時間： _____ 月 _____ 日 _____ 午 _____ 時 _____ 分

電腦斷層攝影檢查說明書

手術/醫療處置之適應症及作法：(簡述)

適應症：經臨床醫師評估，認為需要接受影像學檢查之病患。

作法：

※一般注意事項：

- *到院檢查時請依應到時間辦理報到並依序檢查，檢查前的準備工作依檢查部位不同，請禮讓住院及急診病人。
- *請在所安排的檢查時間攜帶預約通知單、檢查同意書、身分證及健保卡報到。
- *如有疑问，請於上班時間與檢查單位電話（03-5326151 轉 3207）聯絡。

※特殊注意事項：

1. 預計接受顯影劑者，檢查前請禁食四小時以上(緊急狀況下由醫師向家屬溝通後決定)，可服用平日藥物(例如高血壓及心臟病藥物，但糖尿病藥物暫停服用)，糖尿病人可食糖果或巧克力等，避免血糖過低。
2. 受檢當日請穿無金屬之服裝，例如運動褲，以減少金屬干擾影像。
3. 此檢查具放射線，有懷孕可能之病患請注意。體弱不適或需施打顯影劑者需有家屬陪伴。
4. 請於檢查後七天，自行約掛門診或依醫師原預約門診時間看檢查結果。
5. 對於需要施打顯影劑之患者，醫護人員會先建立靜脈軟針(住院病患請在病房先打上 20 號靜脈留置針及三向接頭；如檢查項目為電腦斷層動脈血管攝影者，請在病房先打上 18 號靜脈留置針及三向接頭)，並施行生理食鹽水注射，以檢查注射血管之通暢性。
6. 施打顯影劑之患者須有三個月內之血液肌酸酐(Cre)值，請務必於受檢前三個月內完成抽血檢查。不便至本院檢驗者，可攜帶三個月內其他醫院或醫事檢驗機構之血液肌酸酐(Cre)正式報告於受檢當天供參考。

手術/醫療處置效益：提供臨床醫師評估病程之所需。

手術/醫療處置風險：

※造影劑之可能不良作用：(大多數病人須經靜脈注射造影劑，以利病灶之顯見)

1. 少數人在注射含碘顯影劑時會發生溫熱感覺、噁心、嘔吐、頭暈、打噴嚏，通常在短時間內會消退。
2. 對具過敏性體質者，可能引起較嚴重的反應，如全身性蕁麻疹、寒顫、呼吸困難等症狀。
3. 對於具特異體質者，可能發生喉頭水腫、氣喘、血壓降低、心肺衰竭休克及猝死等(發生率約十萬分之一)。
4. 少數病人會有靜脈腫痛，請勿熱敷；若有不適情形，請回原檢查室或掛急診處理。
5. 曾犯心臟疾病、氣喘病、曾因造影劑引起不良反應者、腎功能不良者或特殊疾病之患者等，發生不良反應可能性較高。對於腎臟功能不佳者，注射顯影劑可能會使腎臟功能更加惡化。
6. 施打顯影劑前，會由醫護人員施行生理食鹽水注射，以檢查注射血管之通暢性。但仍有少數病人，會於開始施打顯影劑後，產生顯影劑滲漏至皮下組織或肌肉(機率約 0.7%)，而致產生局部紅腫、疼痛之現象。皮下腫痛會在數日後隨顯影劑吸收而慢慢消失，但亦有少數人出現嚴重發炎、潰瘍、及局部神經壓迫反應，而需接受住院觀察、外科處置或植皮。會造成顯影劑滲露之危險因素包含：意識不清無痛覺反應，躁動，皮膚水腫，靜脈循環不佳(有開過刀或中心靜脈阻塞)，血管細小易破，留置針在關節或約束帶固定處，不易評估腫脹。
7. 對於腎臟功能不全之病患，建議在執行顯影劑的檢查或治療前應停止使用 metformin 達 48 小時，並且注射完顯影劑後 48 小時確認腎功能的狀況是良好的才能再次開立，以避免顯影劑所引起的腎病變，對於是否需要停藥，請與您的臨床醫師確認。

替代方案：

影像學方面：依照病灶特性之不同，可以核磁共振，超音波，正子攝影...等諸多其他檢查替代，請與您的臨床醫師討論。

顯影劑方面：本部備有不良作用率較低之「非離子性造影劑」，自 100 年 2 月 1 日起，中央健保局取消非離子性造影劑使用適應症之限制，除自費檢查外，所有施行電腦斷層之病患，使用非離子性顯影劑均由健保給付。

病歷號：
姓名：
生日： 年 月 日

National Taiwan University Hsin-Chu Hospital

電腦斷層攝影檢查說明暨同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第 2 頁

(電腦斷層攝影檢查說明書承上頁)

醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋：(如無，請填寫無)

說明醫師： (簽章)

日期： 年 月 日 時 分

電腦斷層攝影檢查同意書

病人：_____，出生於西元_____年_____月_____日，因患_____，需接受電腦斷層攝影檢查。立同意書人已經與醫師討論過接受這個手術或醫療處置的效益、風險及替代方案，對醫師的說明都已充分了解且同意由貴院施行該項術式或醫療處置。

立同意書人： (簽章) 身分證字號：

與病人之關係(請圈選)：本人、配偶、父、母、兒、女、其他：_____

住址： 電話：

請勾選簽名

之前沒有因顯影劑發生不適，同意接受注射顯影劑，簽名_____

病人曾經因為注射顯影劑產生不適，已經了解再次接受顯影劑注射仍有可能產生不適(有 80%是程度類似的不適，但有可能發生更加嚴重的不良反應)。

我仍然選擇接受有注射顯影劑之檢查，同意人_____

我不同意接受注射顯影劑，簽名_____

日期： 年 月 日 時 分

(1.如由病人、親屬或關係人簽署本同意書，則無需見證，見證人部分得免填。2.若意識清楚，但無法親自簽具者且無親屬或關係人在場，得以按指印代替簽名，惟應有二名見證人。3.若病人意識不清且無親屬或關係人在場，得由警消人員、社工或志工簽署見證，醫療緊急情況得由 2 名合格醫師在病歷上證明需檢查或治療即可。)

見證人 1： (簽章) 見證人 2： (簽章)

見證人 1 身份證字號： 見證人 2 身份證字號：

日期： 年 月 日 時 分

文件編號		版次	
------	--	----	--