

病歷號：
姓名：
生日： 年 月 日

國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院新竹醫院

National Taiwan University Hsin-Chu Hospital

泌尿道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

泌尿道攝影檢查說明書

病人姓名：_____ 病歷號：_____ 床號：_____

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

這份說明書是有關您即將接受的手術或醫療處置的效益、風險及替代方案的書面說明，可做為您與醫師討論時的補充資料。最重要的是我們希望您能充分瞭解資料的內容，所以請仔細閱讀；如果經醫師說明後您還有對這個手術或醫療處置的任何疑問，請在簽名前再與您的醫師充分討論，醫師會很樂意為您解答，讓我們一起為了您的健康努力。

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病情有需要者。

※一般注意事項：

- ◇ 請於約定時間攜帶本說明書及同意書至檢查地點辦理報到候檢，上午檢查者報到時間為 8:00，下午檢查者報到時間為 13:30，敬請準時，以報到順序為檢查順序。
- ◇ 如需更改日期，請於預約檢查日之前一日持預約檢查通知單至檢查單位辦理，或與檢查單位電話(03-5326151 轉 3403)聯絡，否則視同放棄(改期以一次為限)。

※特殊注意事項：

一、檢查前注意事項：

1. 檢查前二天，禁止吃任何富含肉類或蛋類之食物。
2. 檢查前一天，食用稀飯或殘渣較少之食物。
3. 檢查前一天的睡前，服用黃色 Dulcolax (清腸劑)四顆，每間隔二十分鐘飲用一大杯(200 cc)開水一次，共三次，盡量排便乾淨。
4. 排上午檢查者，檢查當天禁食早餐。
5. 排下午檢查者，當日早上八點以前吃完早餐，請於八點後至檢查前禁食，但可搭配 50CC 以內的白開水服用藥物，如心臟病及降血壓藥物；但降血糖藥暫勿服用，以免血糖因禁食而降得太低，導致身體不適。

二、檢查後注意事項：

1. 檢查後，請多喝開水，以利造影劑之儘快由小便排出。
2. 請於檢查後 7 天，自行約掛門診或依醫師原預約門診時間看檢查結果。

三、其他注意事項：

1. 如有藥物過敏病史、心臟病、腎臟病、攝護腺肥大，必需有家屬陪伴。並請先告知檢查室醫師及護士。
2. 天冷可著衛生衣褲，但不要有扣子或拉鍊。

手術/醫療處置風險：本檢查須經靜脈注入造影劑，由於本身特異體質而對造影劑產生不良反應者，其相關之副作用，如噁心、嘔吐、異物嗆入及吸入性肺炎、皮膚紅斑、蕁麻疹、腎功能受損及洗腎、支氣管攣縮，喉部水腫及呼吸困難、血壓驟降、心跳停止、休克，甚至死亡，死亡率據報告有一萬二千分之一。而有過敏病史者其機率為常人之二倍。

替代方案：如電腦斷層攝影或泌尿道超音波…等，有任何疑問，請向您的臨床醫師諮詢。

★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。

病歷號：
姓名：
生日： 年 月 日

國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院新竹醫院
National Taiwan University Hsin-Chu Hospital
泌尿道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

一份病友收執，一份夾存病歷

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： (醫師簽章需先於病人簽署同意)

日期：民國 年 月 日 時間： 時 分

泌尿道攝影檢查同意書

病人： _____，病歷號： _____ 出生於西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日，

因患 _____，需接受**泌尿道攝影檢查**。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。

本人(或家屬)已經仔細閱讀過本文件，經必要的詢答之後，已充分了解其內容並同意遵守。

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：

日期：民國 年 月 日 時間： 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，醫療緊急情況得由二名合格醫師在病歷上證明需檢查或治療即可，得由警消人員、社工或志工或院內警衛簽署見證。)

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：民國 年 月 日 時間： 時 分