

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
膀胱尿道攝影(VCUG)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

膀胱尿道攝影(VCUG)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：

膀胱尿道攝影可檢查出是否有膀胱輸尿管逆流，膀胱排尿的功能如何，以及尿道的構造有無異常。

作法：

這個檢查需要請您平躺在檢查台上，放一個導尿管從尿道進入膀胱內，由導尿管灌入一種含碘的顯影劑，當膀胱脹滿也就是您有尿意時，會請您變換姿勢側著身照一張相，接著將導尿管拔除，請您在檢查台上直接排尿時，照一張您排尿時膀胱及尿道的影像，最後再照一張解尿完的影像。

檢查前的準備：

事前不需特別準備。如果您有對顯影劑過敏的經驗，請在檢查前告知我們。

手術/醫療處置效益：(經由手術或醫療處置，您可能獲得以下所列的效益，但醫師並不能保證您獲得任何一項；且手術或醫療處置效益與風險性間的取捨，應由您決定。)

藉由此項檢查，我們可以確定是否有膀胱輸尿管逆流或有關膀胱及尿道的異常，以決定之後治療的步驟。

手術/醫療處置風險：(沒有任何手術或醫療處置是完全沒有風險的，以下所列的風險已被認定，但是仍然可能有一些醫師無法預期的風險未列出。)

1. 在放置導尿管時造成輕微紅腫，或是尿道傷害(可能發生比例約小於千分之一)。
2. 逆行性尿道感染(可能發生比例約小於百分之一)。
3. 極少數案例報告的情況曾發生膀胱破裂。

(建議在泌尿道感染的急性期避免進行這項檢查)

替代方案：(這個手術或醫療處置的替代方案如下，如果您決定不施行這個手術或醫療處置，可能會有危險，請與醫師討論您的決定)。

膀胱尿道攝影是有效診斷膀胱輸尿管逆流唯一的檢查。

一份病友收執，一份夾存病歷

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
膀胱尿道攝影(VCUG)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

(膀胱尿道攝影(VCUG)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： (醫師簽章需先於病人簽署同意)

日期：民國 年 月 日 時間： 時 分

膀胱尿道攝影(VCUG)檢查同意書

病人： ，出生於民國 年 月 日，

因患 ，需接受電腦斷層導引之穿刺組織切片術。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

副本交付人(院方)： 簽收人(病人方)：

日期：民國 年 月 日 時間： 時 分