

病歷號：

姓名：

生日：西元 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

腦部類澱粉蛋白正子斷層造影

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

腦部類澱粉蛋白正子斷層造影檢查說明書

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，認為需要接受檢查之病患。本檢查常用於阿茲海默氏症(Alzheimer's Disease)等認知障礙疾病的評估及其他導致認知降低原因的評估。

作法：

※一般注意事項：

*須帶文件：本檢查為自費項目，費用為新台幣 70,000 元。

*須帶文件：IC 健保卡、檢查通知單及本說明書暨同意書。

*到院檢查時請依應報到時間辦理報到並依序檢查，因此檢查所用藥物具有時效性且時間極為短暫，**超過所約時間 20 分鐘未到者，視為放棄**。檢查前的準備工作請配合醫護人員指示。

*如需更改時間、取消檢查，或對檢查流程有任何疑問，請於預約檢查日前二個工作日與本中心聯絡，更改以一次為限(須在開立檢查單之日起半年內有效)，若沒有來電更改檢查日期且當日沒有來檢查，則視同放棄。上班時間：每週一至週五，上午八點半至下午四點半；聯絡電話(總機)：03-5326151 轉分機 3421、3425 正子中心。

*如對說明書與同意書之內容有不明瞭之處，請向開單診間或檢查室醫護人員洽詢。

*檢查時間(含等待藥物吸收時間)約需 2 小時，建議有家屬陪伴。

*由於正子藥品性質特殊，價格昂貴且具備短半衰期時效性，需為每位使用者當日生產並專車送達，請務必準時報到，以利於指定注射時間使用。

*檢查當日所使用之正子藥品係經由藥廠執行嚴格品質保證程序監督製造及放行政策，始可使用；若遇任何情形而無法出貨，則會再擇日安排檢查日期，造成不便敬請見諒。

※特殊注意事項：

一、檢查前注意事項：

1. 本檢查不需禁食。

2. 因檢查所使用藥品含酒精及高鈉成分，**酒精過敏、酒精成癮、肝臟疾病、癲癇、限鈉飲食**等患者族群，檢查前需經醫師審慎評估。

3. 可能懷孕或正在哺乳者請於排定檢查前告知工作人員。

4. 掃描進行時間約 20 分鐘，若無法配合靜躺者，請事先與診間醫師討論。

二、檢查進行方式與注意事項：

1. 至登記處報到，領取檢查服並至更衣室更換，頭頸部的金屬物件須全數換下。

2. 進入注射室等候並接受注射放射性藥物。

3. 注射後須安靜躺在燈光微亮的注射室等待藥物均勻吸收。等候時盡量全身放鬆休息，避免走動、閱讀、看手機、咀嚼及談話。

4. 預定開始進行掃描前，請上洗手間小便。

5. 進行腦部掃描，掃描時間約 20 分鐘，請配合醫護人員指示；檢查台上請放鬆靜躺，保持自然呼吸。

三、檢查後注意事項：

1. 檢查後請多喝水、多排尿以加速藥物排出，降低輻射劑量。

2. 藥物注射後當天應避免長時間近距離接觸孕婦或學齡前嬰幼兒；因放射性藥物可能由乳汁分泌，哺乳婦女需於藥物注射後 24 小時內暫停哺乳、改用之前儲存的母乳或配方奶，並將暫停時間內的母乳擠出並丟棄。

3. 檢查結束後七個工作天後始可於門診看報告或至病歷室申請正式文字報告，欲申請影像光碟，請至竹樓 X 光登記處辦理，請依醫師原預約門診時間回診或自行約掛門診。

手術/醫療處置效益：提供臨床醫師評估病程之所需。

病歷號：

姓名：

生日：西元 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

腦部類澱粉蛋白正子斷層造影

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

(腦部類澱粉蛋白正子斷層造影檢查說明書承上頁)

手術/醫療處置風險：

禁忌症：對活性物質或任一賦形劑（如酒精、聚乙二醇、抗壞血酸、抗壞血酸鈉等）有過敏者。

1. 本檢查所使用藥品每劑 15% v/v (至多 1.2 克) 酒精，約略相當於 30 毫升啤酒，對於戒酒中、肝臟疾病或癲癇患者、懷孕及哺乳族群皆應審慎考慮使用。
2. 本檢查所使用藥品每劑至多含 1.5 毫莫耳 (相當於 33 毫克) 鈉，正在進行限鈉飲食的患者 (如心血管疾病或腎臟疾病患者等) 應事先與排檢醫師討論並謹慎使用。本檢查使用放射性藥物，並非使用電腦斷層用含碘顯影劑或是磁振造影用含釷顯影劑，罕有影響腎功能的問題。
3. 放射性藥物的品質為無菌、無熱源、高放射化學純度，因賦形劑含酒精，常見的藥物不良反應為注射部位疼痛 (3.4%)、紅疹 (1.7%) 與刺激 (1.1%)，所有不良反應為輕至中度，且持續時間短。如有不適請立即反應或與本單位聯絡。
4. 注射後病人體內帶有微量輻射，劑量甚低，對一般成人毋需特別防護；以一位 70 公斤體重之受試者為例，對受試者產生約 8mSv 的輻射劑量 (相當於一次腹部的電腦斷層掃描)。

替代方案：

如果您有任何問題，可於診間和您的主治醫師討論。若您改變意願，本院仍能協助您。其他評估疾病狀況可考慮採用電腦斷層攝影、磁振造影或非正子放射性藥物造影。

不接受這個醫療處置可能導致的風險：

請與醫師討論其他替代方案。

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：西元 20 年

月

日

日

病歷號：
姓名：
生日：西元 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

腦部類澱粉蛋白正子斷層造影 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 3 頁

(腦部類澱粉蛋白正子斷層造影檢查說明書承上頁)

病人：_____，出生於西元_____年_____月_____日。本人（或家屬）已經與醫師討論過接受這個醫療處置的效益、風險及替代方案，本人對醫師的說明都已充分了解。

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：西元 20____年____月____日

(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 身分證字號：_____ 見證人 2 身分證字號：_____

日期：西元 20____年____月____日