

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
螢光/循血綠眼底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

螢光/循血綠眼底攝影檢查說明書

病人姓名：_____ 病歷號碼：_____ 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。

醫療處置之適應症及作法：（簡述）

螢光/循血綠眼底攝影檢查適用於診斷網膜及脈絡膜疾患，例如：網膜血管阻塞、脈絡膜炎、老年性黃斑部病變、糖尿病視網膜病變、黃斑部裂孔、網膜上增生膜等。檢查前必須散瞳且注射螢光造影劑/循血綠造影劑才能進行。檢查過程需拍攝影像，可能會因光線較亮而引起不適。

醫療處置效益：（經由醫療處置，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；且醫療處置效益與風險性間的取捨，應由您決定。）

1. 主要可幫助釐清病灶特性、範圍，有助於進一步診斷及治療之決定。
2. 醫療處置成功率：約 95% 的患者之攝影檢查結果，可獲良好影像品質以供判讀。部分受檢者，可能因白內障、角膜混濁、受檢者無法配合檢查，以致無法獲得良好影像品質以供判讀。

醫療處置風險：（沒有任何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。）

檢查可能產生下列不良作用：

1. 散瞳後視力較模糊，且可能會畏光、流淚等，建議不宜自行騎車或開車，散瞳效果約六小時消失，視力將逐漸恢復。部分患者（如：隅角閉鎖性青光眼）可能因散瞳而導致眼壓升高，須注意在散瞳後，是否有眼睛脹痛、頭痛、噁心、嘔吐等急性青光眼之症狀。如有前述症狀應速回急診處理。
2. 注射螢光造影劑後，流汗及排尿可能呈淡橘色，並無大礙，三至五天後自然恢復；少數人在注射螢光造影劑時會發生輕微全身性溫熱感覺、噁心、嘔吐、頭暈、打噴嚏或鼻塞，但通常短時間內便會消退。對具過敏體質者，可能引起較嚴重的反應，如局部皮疹、全身性蕁麻疹、寒顫、胸悶及呼吸困難等症狀。具特異體質者，可能發生極罕見的併發症如喉頭水腫、氣喘、血壓降低、心肺衰竭休克或猝死（發生率約十萬分之一）。曾患心肌梗塞、氣喘病及曾因造影劑引起不良反應者，發生不良反應可能性較高，因此這類病患務必在接受檢查前與本部醫師商量後才慎重填寫同意書。
3. 循血綠造影劑在肝臟代謝後排入膽汁中，產生的全身毒性極低。但此藥物含有碘，可能引起碘過敏症狀。輕微的副作用如喉嚨痛或發熱發生機率約為千分之一點五；中重度的併發症如休克、低血壓、心跳加速、呼吸困難或蕁麻疹只發生在極少數病患，機率為千分之零點五到二。而在特異體質病患發生猝死的機率約為百萬分之三。

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
螢光/循血綠眼底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

(螢光/循血眼底攝影檢查說明書承上頁)

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。)

1. 目前並無全面性替代方案。對於黃斑部裂孔可藉助雷射掃描儀進行確認。至於血管滲漏、阻塞等，螢光眼底攝影檢查仍是目前最佳的檢查方式。
2. 不實施醫療處置可能的後果：若不接受檢查，可能因無法確切掌握病情，而無法給予最適當之治療。

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：民國 年 月 日

螢光/循血綠眼底攝影檢查同意書

病人：_____，出生於民國_____年_____月_____日，因患_____，需接受螢光眼底攝影檢查。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，並且保有此資料副本一份。

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身分證字號：_____ 見證人2身分證字號：_____

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