

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

正子(全身)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

正子(全身)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。本檢查常用於癌症診斷、分期與治療評估。

※一般注意事項：

- ◇ 須帶文件：IC 健保卡、檢查通知單及說明書暨同意書。
- ◇ 到院檢查時請依應到時間辦理報到並依序檢查，超過所約時間 20 分鐘未到者，視為放棄。檢查前的準備工作依檢查部位不同，請配合醫護人員指示。
- ◇ 如需更改檢查時間，或對檢查流程有疑問，請於預約檢查前之上班時間與本單位聯絡。上班時間：週一到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 正子中心。
- ◇ 如對說明書與同意書之內容有不明瞭處，請向開單診間或檢查室醫護人員洽詢。
- ◇ 請儘量有家屬陪伴。

※特殊注意事項：

一、檢查前注意事項：

1. 建議適用對象：(1) 本身曾罹患健保給付之癌別者(2)60 歲以上且有健保給付癌別之家族病史者(3)經醫師評估有較高罹癌風險者(4)其他特殊需要者
2. 檢查前需禁食 4-6 小時，可飲用白開水。
3. 懷孕婦女不宜接受此項檢查，若個案病情對本檢查有特殊需求將與主治醫師專案討論，患有糖尿病、使用降血糖藥物患者及可能懷孕者請於排定檢查時告知工作人員。
4. 檢查前一天避免劇烈運動，因運動而造成肌肉吸收葡萄糖，將影響檢查準確性。
5. 掃瞄進行時間約 30-60 分鐘，若無法靜躺者，請事先與診間醫師討論。
6. 一個月內曾進行腸胃道鋇劑檢查等，可能影響影像品質，請主動告知醫療人員。
7. 此檢查所用藥物時效性非常短，請受檢者務必依排定時間報到接受檢查。
8. 若無法於檢查前一日中午 11:30 分以前更改日期或取消，因其相關耗材製作費用皆已發生，故可能需酌收藥物與行政作業所衍生之費用(8500 元)。

二、檢查進行方式與注意事項：

1. 至登記處報到，填寫基本資料，並領取檢查服。
2. 至更衣室更換檢查服，身上的金屬物要全數換下；接著測量身高及體重。
3. 進入注射室等候注射放射性藥物。
4. 接受靜脈注射 370MBq 18F-FDG 藥物，注射後須安靜躺在燈光微亮的注射室 60 分鐘，等藥物均勻吸收，等候時盡量全身放鬆休息，避免走動、閱讀、咀嚼及談話。
5. 預定開始進行掃瞄前，請上洗手間小便，盡量將尿液解乾淨，避免影響判讀檢查結果。
6. 進行全身掃瞄，掃瞄時間約 30-60 分鐘不等，請放鬆靜躺，保持自然呼吸。
7. 檢查結束後需稍候幾分鐘，由醫師判讀影像是否須接受延遲照影，如需延遲造影再由放射師與您約定時間，如不需要延遲造影則可更衣離開。

三、檢查後注意事項：

1. 檢查後多喝水、多排尿可加速藥物排出，降低輻射劑量。
2. 注射後當天應避免長時間近距離接觸孕婦以及嬰幼兒。
3. 一般建議注射後 8 小時內不要哺乳與懷抱嬰幼兒。
4. 請於檢查後三個工作天，自行約掛門診或依醫師原預約門診時間看檢查結果。

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：

1. 本檢查乃使用 18F-FDG 放射性藥物，並非使用含碘顯影劑，沒有顯影劑過敏的問題。
2. 注射後病人體內帶有微量輻射，劑量甚低，毋需特別防護。
3. 放射性藥物的品質為無菌、無熱源、高放射化學純度，所造成的不適反應極為罕見，偶有暫時性血壓過低、暫時性的低血糖或高血糖、暫時性的鹼性磷酸酶增加症狀，如有不適請立即反應或與本單位聯絡。
4. 以一個 70 公斤體重之受試者，注射 370MBq 18F-FDG，大概會對受試者產生約 10 mSv 的輻射劑量，根據文獻報告，如此的輻射劑量不應該對受試者產生影響。

病歷號：
姓名：
生日：西元 年 月 日

(正子(全身)造影檢查說明書承上頁)

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。癌症患者可考慮改採電腦斷層攝影、核磁共振造影、超音波、Ga-67 腫瘤掃描。

不接受正子掃描檢查的影響：

可能無法為癌症做出正確分期，臨床醫師後續難以針對疾病期別規劃有效而正確的治療計劃。

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)

執行醫師： (簽章)

日期：西元 年 月 日

正子(全身)造影檢查同意書

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

因患_____，需接受正子(全身)造影檢查。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：

日期：西元 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，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：西元 年 月 日