

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

電腦斷層心臟冠狀動脈血管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

電腦斷層心臟冠狀動脈血管攝影檢查說明書

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。

※一般注意事項：

1. 請於預約檢查日期攜帶預約通知單、本說明書所附之檢查同意書及身分證，到院向檢查室報到。
2. 如需更改檢查日期，或有其他疑問，請於預約檢查前於上班時間與檢查單位電話聯絡(03-5326151 轉 3207)。上班時間：星期一~星期五：上午 8:00~下午 5:30。
3. 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。
4. 請儘量有家屬陪伴。

※特殊注意事項：

一、檢查前注意事項：

1. 因心跳速率快將造成影像模糊無法判讀，檢查前 12 小時內請勿服用含咖啡因物質(例如咖啡、茶、可樂、巧克力)，以避免心跳加快。檢查前請禁食四小時以上(可服用必要的藥物，但糖尿病藥物暫停服用，糖尿病患者可服用少量糖果)。
2. 孕婦或有藥物過敏、腎功能不良之病史者，應告知醫師，與醫師討論本項檢查可能引起之不良反應後，再決定是否使用本項檢查。
3. 如有氣喘病史或曾做過冠狀動脈繞道手術者，請務必告知檢查室醫護人員。

二、檢查進行方式與注意事項：

1. 經測量心跳速率快者，需使用口服藥物(Propranolol, 商品名為 Inderal)減慢心跳速率，服藥後約需等待一小時至一個半小時，請耐心等待。此口服藥物作用為降低心跳速率，其副作用包括心跳過慢、低血壓、虛弱、倦怠、頭暈、噁心、呼吸急促、頭重腳輕、昏睡等。若服用後有身體不適，請告知現場醫護人員。
2. 心跳不規律或服藥後仍無法減慢心跳速率者，可能造成影像不清晰，影響判讀之正確性。
3. 留置靜脈注射帽，注射顯影劑，根據心電圖訊號進行檢查。
4. 檢查時，受檢者需要多次閉氣(每次約 10 秒)，請配合醫護人員指示，如未依指示配合閉氣將造成影像模糊，無法判讀。

三、檢查後注意事項：

1. 如有身體不適者，請回原檢查室或至本院急診處理。
2. 檢查後請多喝水，可加速所注射顯影劑之排出。

一份病友收執，一份夾存病歷

病歷號：
姓名：
生日： 年 月 日

電腦斷層心臟冠狀動脈血管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

(電腦斷層心臟冠狀動脈血管攝影檢查說明書承上頁)

※顯影劑之可能不良反應：(本項檢查使用的顯影劑為“非離子性低滲透壓顯影劑”)

1. 部分受檢者在注射顯影劑時會發生溫熱感覺、噁心、嘔吐、頭暈、打噴嚏，通常在短時間內會消退。
2. 極少數人，可能引起較嚴重的反應，如全身性蕁麻疹、寒顫、呼吸困難等症狀。
3. 對具特異體質者，可能發生極罕見之喉頭水腫、氣喘、血壓降低、心肺衰竭休克及猝死(發生率約十萬分之一)。
4. 曾患心臟疾病、氣喘病、曾因顯影劑引起不良反應者、腎功能不良者或其他特殊疾病之患者等，發生不良反應之機率較高。
5. 施打顯影劑前，會由醫護人員施行生理食鹽水注射，以檢查注射血管之通暢性。但仍有少數病人，會於開始施打顯影劑後，產生顯影劑滲漏至皮下組織或肌肉(機率約0.7%)，而致產生局部紅腫、疼痛之現象。皮下腫痛會在數日後隨顯影劑吸收而慢慢消失，但亦有少數人出現嚴重發炎、潰瘍、及局部神經壓迫反應，而需接受住院觀察、外科處置或植皮。

※適應症以及替代方案：

本檢查目的是偵測動脈硬化斑塊，以便早期診斷冠狀動脈血管狹窄，也可評估支架暢通與否或繞道手術之追蹤。替代方案為心導管檢查。

※病患疑問與醫師答覆：

如果您有任何問題，歡迎提出來和您的主治醫師討論，並且請他寫下來供您作參考。

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

電腦斷層心臟冠狀動脈血管攝影檢查同意書

病人： ，出生於民國 年 月 日，
因患 ，需接受電腦斷層心臟冠狀動脈血管攝影檢查。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

副本交付人(院方)：

簽收人(病人方)：

日期：民國 年 月 日 時間： 時 分