

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
National Taiwan University Hospital
心臟血流灌注掃描(靜態)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

心臟血流灌注掃描(靜態)檢查說明書

編號:95

這份說明是關於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，讓我們一起為您的健康努力。

※一般注意事項：

1. 須帶文件：健保卡、檢查通知單及說明暨同意書。
2. 建議需有親友陪同檢查。
3. 檢查依預約單排定日期，逾期作廢。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部（核子醫學部）聯絡，以免留下爽約紀錄，更改以一次為限（須在開立檢查單之日起半年內有效），未依預約時間受檢視同放棄，若有需要請回門診重新開立檢查單。上班時間：每週一至週五，上午八點至下午四點半；聯絡電話（總機）：02-23123456 轉分機 265575 核子醫學部。
4. 如遇台北市政府公布台北市停止上班（如颱風等），則當日檢查暫停。請於一個月內來電本部，重新預約檢查日期。
5. 到院檢查時請依應到時間辦理報到並依序檢查，請注意：(1)請依檢查時間準時報到後依序受檢，(2)上午檢查最遲請於上午 11 時 30 分前完成報到，下午檢查最遲請於 13 時 30 分前完成報到，逾時依現場狀況可能須重新排檢。
6. 本院僅代收健保檢查部分負擔費用，若取消檢查，請於原預約檢查日後洽健保署退費。

※檢查前注意事項：

1. 若您懷孕或可能懷孕時，不宜接受本檢查，請先與您的主治醫師討論。
2. 同一天若有抽血檢查者請先抽血再至本部受檢。

※特殊注意事項：

1. 請於約定日期及時間報到候檢，遲到可能影響藥物活性而無法進行檢查，須回門診重新開立檢查單。
2. 心臟灌注掃描分為靜態狀態與再分布掃描兩個階段，中間必須休息間隔 3~4 小時。完整檢查時間約需 5 個小時。
3. 檢查當天早餐及午餐可吃少量食物，若無特別醫囑則不須停用藥物。檢查前 6~8 小時請禁食咖啡或茶。請著輕便棉質服裝，以褲裝為宜。女性勿著塑身內衣、洋裝及襪。襪。
4. 報到後，請更換所有上半身衣物，並取下項鍊，著檢查服等候。女性檢查來賓請務必除去內衣(胸罩)。建議您攜帶外套。
5. 檢查開始後，會替您設置靜脈留置針頭注射放射性同位素檢查藥物，第一次檢查結束後，可換回自己的衣物，飲食及後續檢查流程請依工作人員指示。
6. 第二次造影不須更換檢查服，但請您穿著胸部無金屬物品的輕便服裝，女性胸罩不論有無鋼絲皆須脫除。

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
National Taiwan University Hospital
心臟血流灌注掃描(靜態)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

適應症及作法：(簡述)

心臟血流灌注掃描是利用放射同位素製劑可被心肌細胞攝取的特性，藉以診斷心肌病變的影像技術。本檢查常用於評估心肌梗塞後存活心肌及病人之長期預後，以決定適當的治療方針。

效益：

提供臨床醫師評估病程之所需。

風險：

- 1.本檢查使用放射性同位素藥物，並非含碘顯影劑，不適反應極為罕見。
- 2.注射後受檢者體內帶有少量輻射，含量甚低，不需特別防護。依據國內外文獻及實際臨床經驗，此種輻射劑量幾乎不會增加致癌機率，也不會增加不孕或後代異常的風險。
- 3.若您有懷孕的可能或是正在哺育母乳，請於本科報到時告知櫃檯與醫療人員。

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。其他評估疾病狀況的替代方案可考慮採用心導管檢查(具侵入性)、心臟超音波或磁振造影。

不接受這個醫療處置可能導致的風險：

因個人之疾病不同，請與您的主治醫師直接討論。

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 年 月 日 時間： 時 分

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
National Taiwan University Hospital
心臟血流灌注掃描(靜態)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

心臟血流灌注掃描(靜態)檢查同意書

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。

本檢查具輻射暴露，可能懷孕之婦女請先告知，若為孕齡之婦女已瞭解本檢查胎兒暴露輻射之風險，簽署同意書代表您有以下聲明：

- 不適用此聲明（如男性或已停經婦女等）
- 我目前沒有懷孕之可能。
- 我不清楚目前是否懷孕，但我已瞭解若胎兒暴露輻射之風險，並願意接受此檢查。
- 我目前已懷孕，我已瞭解胎兒暴露輻射之風險，並願意接受此檢查。

立同意書人姓名：_____（簽章）

身分證字號/居留證或護照號碼：

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 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）

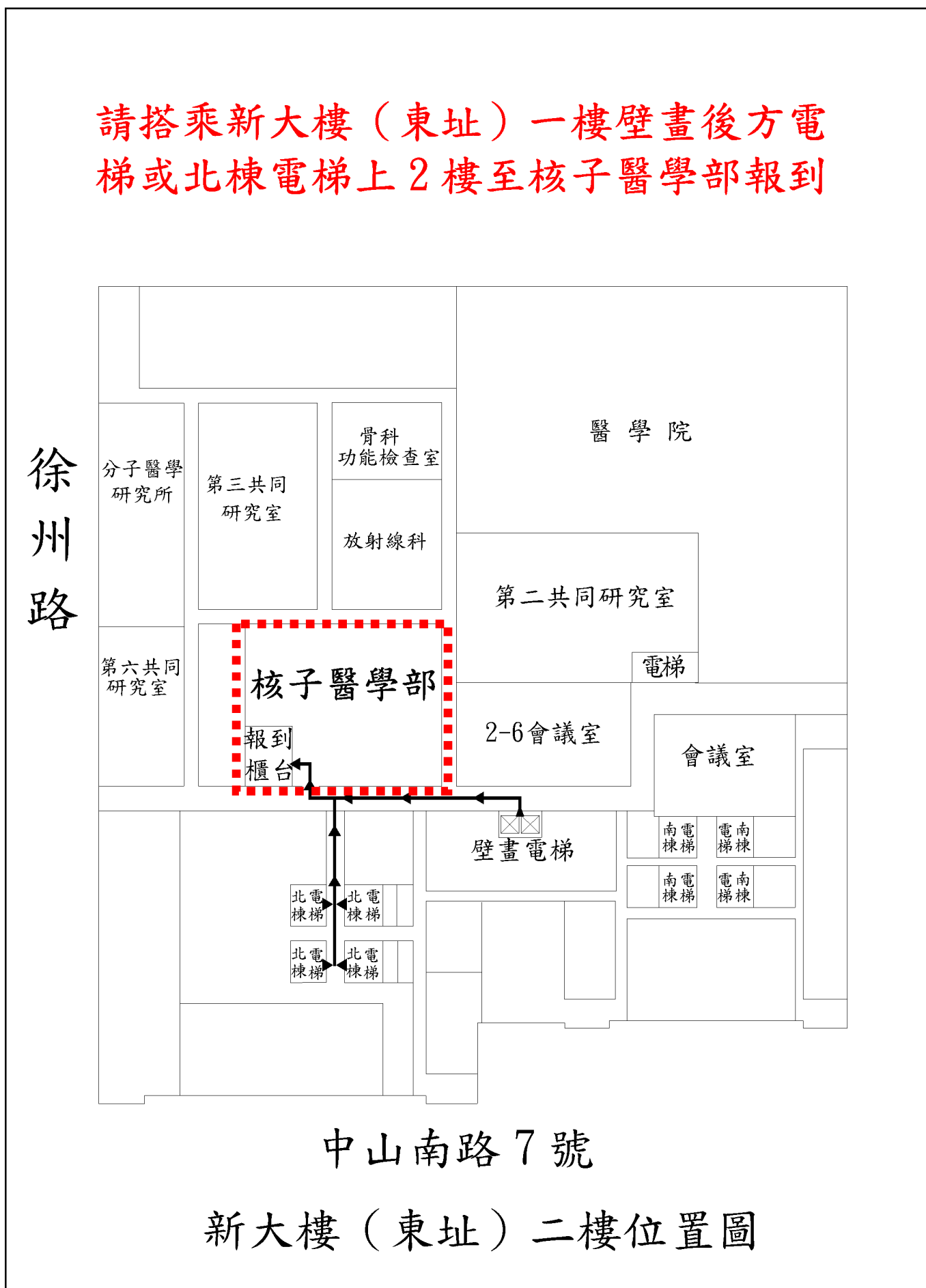
見證人 1 身分證字號：_____ 見證人 2 身分證字號：_____

日期：西元 年 月 日 時間： 時 分

編號:95

臺大醫院 心臟血流灌注掃描(靜態) 檢查地點簡要圖示

請搭乘新大樓(東址)一樓壁畫後方電梯或北棟電梯上2樓至核子醫學部報到



中山南路7號

新大樓(東址)二樓位置圖