

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(加藥式)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(加藥式)檢查說明書

編號：102

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. 心臟灌注掃描分為負荷狀態與靜態掃描兩個階段，請依工作人員指示流程受檢，完整檢查時間約需 6~8 小時。
3. 若您近日有無法緩解之胸痛、心律不整、血壓過高、或有心臟瓣膜疾病、置放心臟節律器、主動脈瘤、主動脈剝離、心室傳導阻塞等病史，請於檢查前告知醫療人員，由醫療人員評估您是否適合接受檢查。
4. 患有嚴重氣喘、慢性肺部疾病時，請事先告知醫護人員，必要時可用其他藥物檢查替代。
5. 檢查前 6~8 小時請禁食咖啡或茶，若無特別醫囑則不須停用藥物。檢查當天早餐可吃少量食物，檢查期間飲食請依工作人員指示。
6. 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。
7. 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。

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(加藥式)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

8. 檢查開始後，會替您設置靜脈留置針頭，接上心電圖以及血壓監測儀器，開始進行檢查，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。
9. 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。

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，配合藥物注射以偵測心臟缺氧，藉以診斷心肌病變的影像技術。本檢查常用於：

1. 診斷冠狀動脈疾病(心絞痛)
2. 血管再通術(氣球擴張術或置入冠狀動脈支架)、心血管繞道移植手術後追蹤
3. 評估心肌梗塞後治療方針
4. 接受重大手術、麻醉前的術前評估。

此項檢查敏感度為70~95%，特異性為50~90%。如果您對接受這項檢查的適應症有任何疑問，請於診間提出問題，與您的主治醫師討論。

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，常見的不適為靜脈注射造成局部瘀青或微痛。
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。
4. 此項檢查乃藉由藥物達到血管擴張的效果後注射同位素，偵測心臟缺氧部位。部分受檢者，可能會出現暫時性心悸(3.2%)、頭暈(12.2%)、胸部不適(20%)或腹部不適(6%)、身體發熱(3.4%)等情形；僅有極為少數的受試者可能出現氣喘(3%)、支氣管痙攣(0.15%)、心律不整(5%)等較嚴重的情形，死亡率為0.0095%；醫生會依受檢者情況，酌予拮抗劑等必要醫療處置。

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電腦斷層心臟冠狀動脈血管攝影、心導管檢查(具侵入性)或磁共振造影。

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)

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(加藥式)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

說明醫師： (簽章)

日期: 西元 年 月 日 時間: 時 分

心臟血流灌注掃描(加藥式)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：

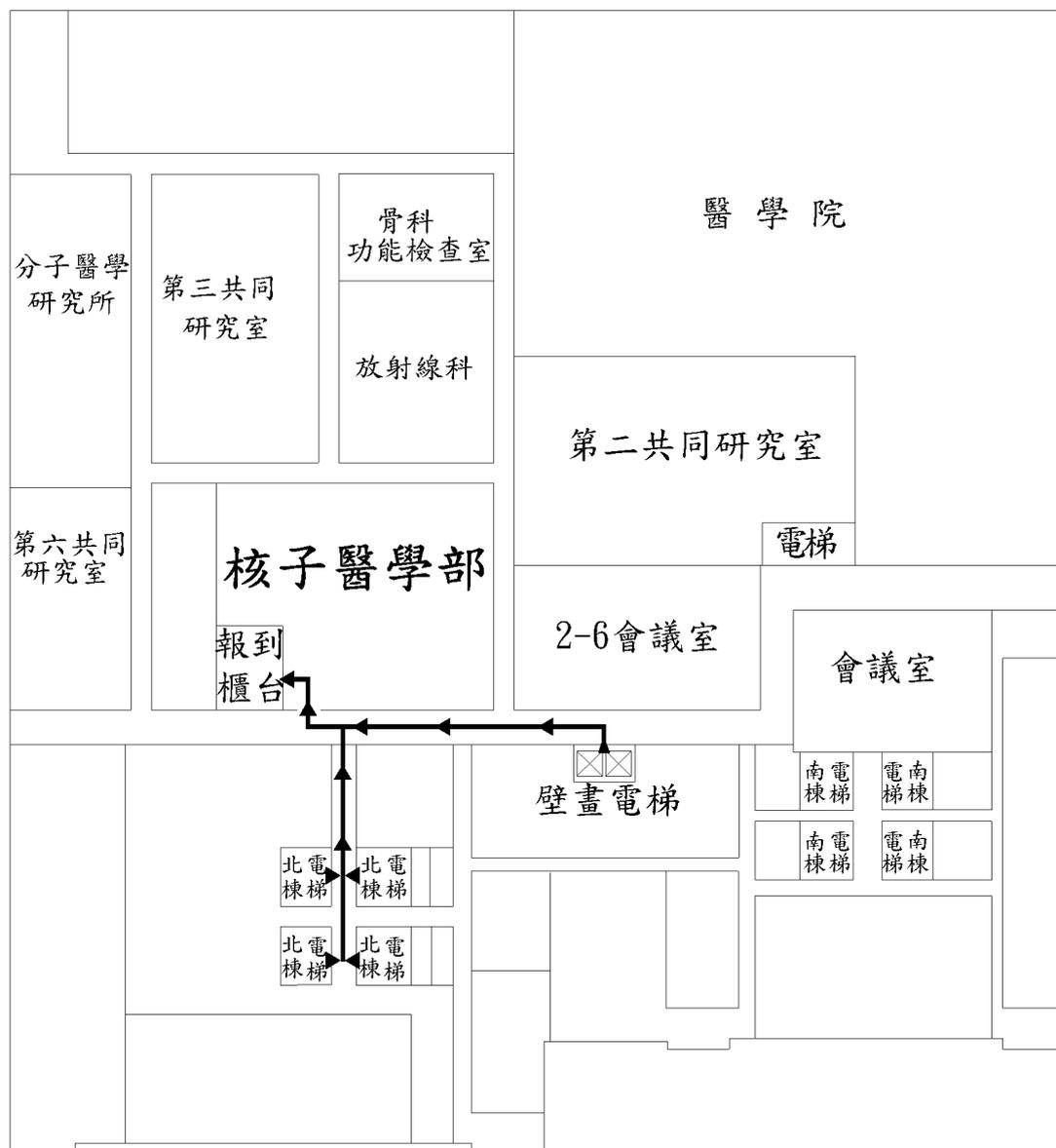
日期: 西元 年 月 日 時間: 時 分

臺大醫院核子醫學部地點簡要圖示

檢查地點	新院區(東址)二樓	聯絡電話	(02)23123456 分機 265575
------	-----------	------	------------------------

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

徐州路



中山南路 7 號
新大樓（東址）二樓位置圖

資料來源 核子醫學部	繪圖 工務室	修訂日期 104 年 11 月 25 日
---------------	-----------	-------------------------