

# 7 號說明書

## 台大醫院超音波導引下甲狀腺穿刺注意事項說明書

檢查地點	東址一樓超音波檢查室 A 區 (請詳背面簡要圖示)	聯絡電話	(02) 23123456 轉 65617
------	------------------------------	------	-----------------------

### 一 般 注 意 事 項

★需攜帶文件：檢查預約單、健保卡、穿刺同意書。

★到診、過號規定：

1. **檢查時間：每週三 下午 2:00~4:00**

檢查進度會因受檢者病況不同及過號人數多寡而影響，檢查室無法告知到診時間，請於規定到診時間內報到，以方便檢查作業進行。

2. 請持健保卡到檢查地點之自動報到機插卡報到。

3. 報到後請依檢查預約單上序號及診間燈號入內接受檢查。

4. 過號者報到後，電腦將自動安排就診順序，按當時受檢號次每隔一順號插入一位過號者，以此類推。

5. **85 歲**以上長者為敬老號，電腦會自動排序叫號。

三、更改日期規定：請於檢查日前與檢查單位連絡，**更改以一次為限，逾期視同放棄。**

四、對說明書內容若有疑問，請向檢查單位人員洽詢。

### 特 殊 注 意 事 項

一、檢查前注意事項：

1. 若服用抗凝血藥物，檢查前請**至少停用七天**，若因病情需要無法停藥，請**門診醫師評估風險**。

2. **請停用所有保健食品至少七天。**

3. 請詳閱檢查說明書並填妥同意書。

4. 請勿著高領衣物並將頸部飾物取下。

5. 若行動不便、高齡、檢查中無法配合醫師指示、無法自行壓緊穿刺傷口者，務必請家屬陪同。

二、檢查中注意事項：請配合醫師指示，下針時勿吞口水或亂動。

三、檢查後注意事項：

1. 穿刺抽吸後請壓緊至少二十分鐘，待檢查人員確認無出血情況再離開，回家後若有患處腫脹或呼吸困難，請立即至急診處掛號就醫。

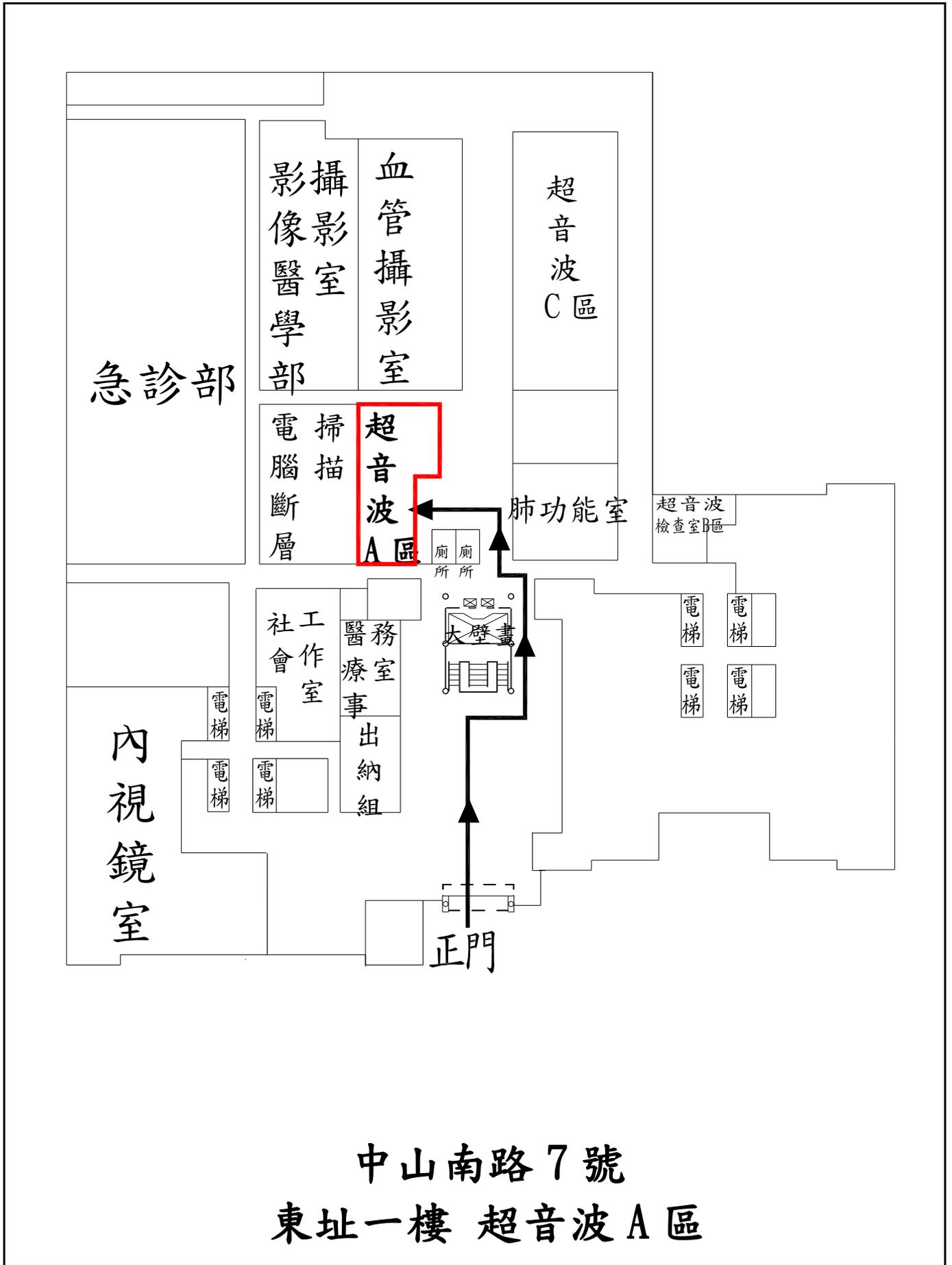
2. 請於檢查七個工作天(檢查當日及例假日不算)，自行約掛門診或依醫師原預約門診時間看檢查結果。

四、如遇到特殊事件(如颱風等天災)，隔日上班時間可以電話連絡更改日期。

資料來源 綜合診療部	繪圖 工務室	說明書修訂日期 108 年 12 月 26 日
---------------	-----------	----------------------------

⑦ 號說明書

台大醫院超音波導引下甲狀腺穿刺檢查地點簡要圖示



中山南路 7 號  
東址一樓 超音波 A 區

## 甲狀腺/副甲狀腺/淋巴腺細針 抽吸細胞學檢查說明暨同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

病歷號：

姓名：

生日：西元 年 月

### 編號：⑥ 甲狀腺/副甲狀腺/淋巴腺細針抽吸細胞學檢查說明書

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份瞭解資料的內容，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，請在簽名前再次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。

#### 手術/醫療處置之適應症及作法：（簡述）

適應症：甲狀腺、副甲狀腺或淋巴腺異常。

作法：

我們將請您平躺在治療台上，肩下墊一枕頭，使頭部後仰及頸部伸張。先用超音波檢查甲狀腺/副甲狀腺/淋巴腺，若有異常，會先找出病灶位置，再用空針經皮吸取一些細胞或液體，視情況進行化驗。下針時會有疼痛的感覺，請勿吞口水或亂動以免危險，抽完後請用我們給您的棉球或棉片用力壓迫止血約 20 分鐘，直到不再出血才能拿掉棉球離開候診區。之後傷口只有針孔一般大小，上有血液凝固點，不必包紮，但請保持乾淨。

手術/醫療處置效益：（經由手術/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；且手術/醫療處置效益與風險性間的取捨，仍由您決定。）

1. 簡便快速的取得甲狀腺/副甲狀腺/淋巴腺細胞，進行化驗。然而穿刺細胞學檢查正確率並非 100%，可能有偽陽性或偽陰性。即使進行精準的細針穿刺檢查，細胞學上仍有一定比例出現無法診斷或是檢體不足以判讀的結果，請與臨床醫師討論。
2. 若是囊腫，且可出液體，囊腫可能減小。
3. 對於甲狀腺乳突癌的診斷率約 95%，良性結節的診斷率約 90%。

手術/醫療處置風險：（沒有任何手術/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。）

1. 局部出血：5-10%，適當局部用力壓迫可減少風險。
2. 呼吸窘迫：小於 1%，適當局部用力壓迫可減少風險。
3. 若有服用抗血小板藥物、抗凝血藥物，或其它可能影響血小板或凝血功能之食品或健康食品（如紅麴、納豆、銀杏或深海魚油等），如未依循醫囑停藥，或有血液、肝硬化、腎臟相關疾病者，將會增加以上風險。

替代方案：（這個手術/醫療處置的替代方案如下，如果您決定不施行這個手術/醫療處置，可能會有危險，請與醫師討論您的決定。）

1. 甲狀腺/副甲狀腺/淋巴腺切片檢查為可能之替代方案。
2. 不實施醫療處置可能的後果：無法評估異常的原因。

甲狀腺/副甲狀腺/淋巴腺細針  
抽吸細胞學檢查說明暨同意書

病歷號：

姓名：

生日：西元 年 月

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第 2 頁

(甲狀腺/副甲狀腺/淋巴腺細針抽吸細胞學檢查說明書承上頁)

醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋：(如無，請填寫無)

檢查後注意事項：

1. 穿刺抽吸後請緊壓至少 20 分鐘，回家後若有患處腫脹或呼吸困難，請立即至急診處掛號就醫。
2. 請於檢查後七個工作天(檢查當日及例假日不算)，自行約掛門診或依醫師原預約門診時間看檢查結果。

說明醫師：

(簽章)

日期：西元

年

月

日

甲狀腺/副甲狀腺/淋巴腺細針抽吸細胞學檢查同意書

病人：\_\_\_\_\_，出生於西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日，因患\_\_\_\_\_，需接受細針抽吸細胞學檢查。立同意書人已經與醫師討論過接受此處置的效益、風險及替代方案，對於醫師的說明都已充分了解且同意接受甲狀腺/副甲狀腺/淋巴腺細針抽吸細胞學檢查。

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 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