

6 號說明書

台大醫院甲狀腺穿刺檢查注意事項說明書

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：檢查通知單、健保卡。

★到診時間、過號規定：

1. 檢查依預約單上序號，按診間叫號燈指示入內受檢(不需辦理報到)。
2. 已過號者則須報到後，於候診區等候廣播，按當時受檢號次，隔一號插入一位過號者。

★週一、週四：下午 1:30 開始，最遲請於下午 3:30 前到檢查室。

參考到診時間如下：

- ①1~10 號約於下午 1:30~2:00。
- ②11~20 號約於下午 2:00~2:30。
- ③21~30 號約於下午 2:30~3:00。
- ④31 號約於下午 3:30 前到。

★週二、週三、週五：下午 2:00 開始，最遲請於下午 4:00 前到檢查室。

參考到診時間如下：

- ①1~10 號約於下午 2:00~2:30。
- ②11~20 號約於下午 2:30~3:00。
- ③21~30 號約於下午 3:00~3:30。
- ④31 號約於下午 4:00 前到。

★更改日期規定：請於檢查前與檢查單位連絡，更改以一次為限。逾期視同放棄。

★對說明書內容若有疑問，請向門診人員或檢查單位人員洽詢。

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. 請勿著高領衣物並將頸部飾物取下。
4. 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：

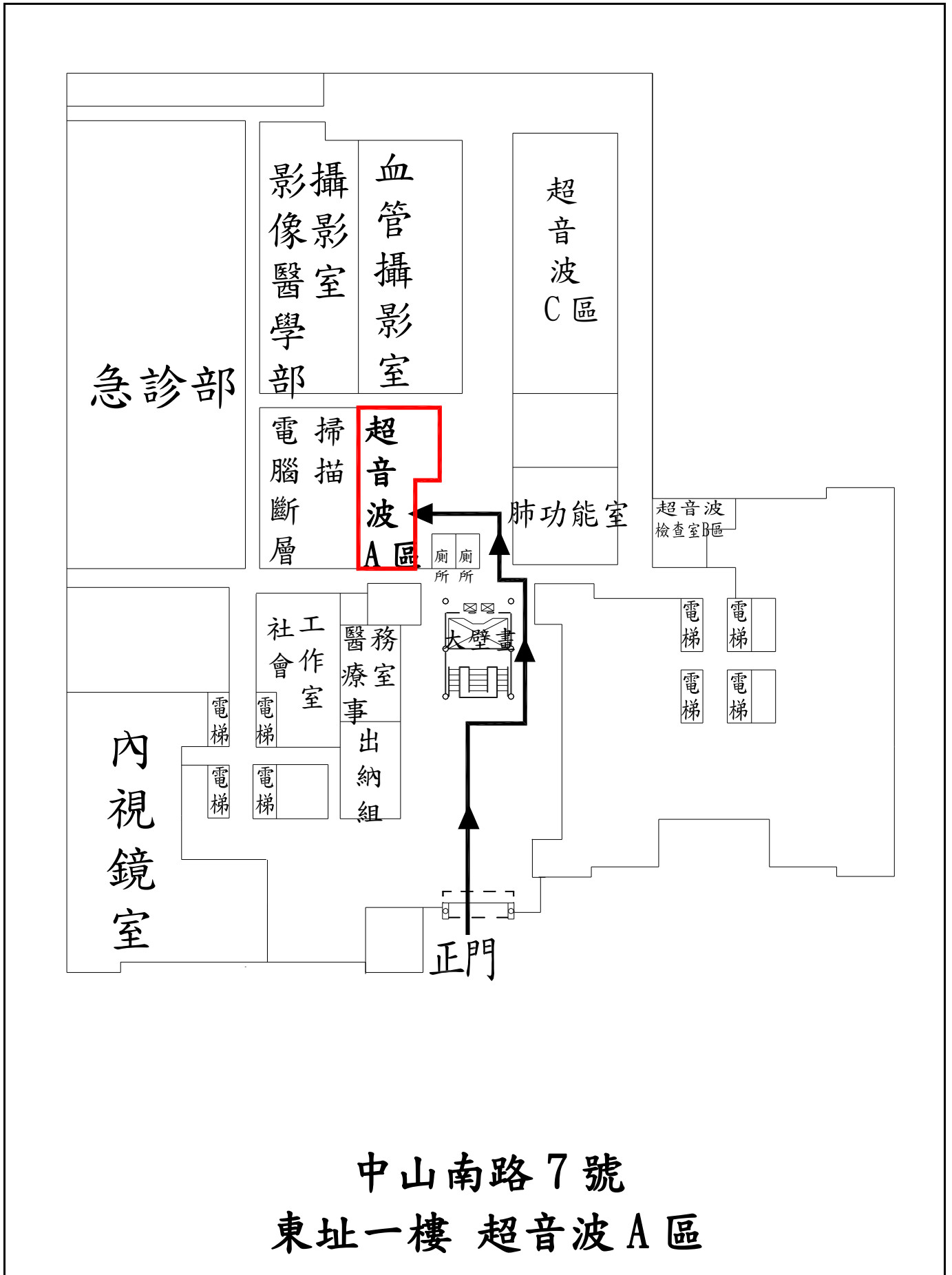
1. 穿刺抽吸後請壓緊至少二十分鐘，待檢查人員確認無出血情況再離開，回家後若有患處腫脹或呼吸困難，請立即至急診處掛號就醫。
2. 請於檢查七個工作天(檢查當日及例假日不算)，自行約掛門診或依醫師原預約門診時間看檢查結果。

四、如遇到特殊事件(如颱風等天災)，隔日上班日可以電話連絡改期。

資料來源 綜合診療部	繪圖 工務室	說明書修訂日期 108年6月10日
---------------	-----------	----------------------

⑥號說明書

台大醫院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

第 1 頁

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