

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

## 碘 131 輻射隔離病房住院同意書

第 頁

住院病人 \_\_\_\_\_，因轉移性甲狀腺癌，需入住碘131輻射隔離病房，接受口服放射碘131治療。本人（立同意書人）同意並遵守下列有關規定及說明：

- 一、本病房為北區少數可收治碘131藥物治療之輻射隔離病房，因受限高能輻射防護，服用藥物後需單獨隔離，應限制訪客及禁止隨意走出病室；日常醫護以護理站螢幕監控及電話訪視為主。
- 二、服藥前護理師將指導自我測量體溫、血壓及脈搏。病房護理師三班以電話訪視病患，內容包括：不適症狀、體溫、每分鐘脈搏、每分鐘呼吸次數及血壓等，然尚無完善之緊急急救設備：中央氧氣系統、中央廢液抽吸系統、遠距持續性心電圖監視及血壓監測系統等，故「日常生活無法自理」或經主治醫師判斷為高危險之病患，不建議入住碘 131 病房。
- 三、以上事項已經由主治醫師：\_\_\_\_\_ 年 月 日 時 分，向本人及家屬說明，本人已了解現況，並同意安排住院治療。

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，得由警消人員、社工或志工簽署見證，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。)

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：西元 \_\_\_\_\_ 年 月 日