

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

### 編號：(102) 心臟血流灌注掃描(加藥式)注意事項說明書

這份說明是關於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，您還有對這個手術或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：IC 健保卡、檢查通知單及說明暨同意書。如有需要，可請家屬協同陪檢。
2. 如需更改檢查時間，或對檢查流程有疑問，請於預約檢查前之上班時間與本單位聯絡。上班時間：週一到週五上午八點至下午五點。
3. 到院檢查時請依應到時間辦理報到並依序檢查，請注意：(1)超過應報到時間30分鐘內與更改預約時間之病友，依其報到先後，在預定排程病人之後受檢，(2)報到時間遲於12點30分者，視當日檢查狀況另做安排，可能需改日進行檢查。

#### ※ 特殊注意事項：

1. 心臟灌注掃描分為上午負荷狀態（檢查時間約三十分鐘）與下午靜態掃描（約二十分鐘）兩個階段，中間休息間隔2-3小時。完整檢查時間約需四個小時。
2. 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。
3. 檢查當天早餐可吃少量清淡食物，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、洋裝及褲襪。
4. 報到後，請更換所有上半身衣物，並取下項鍊，著檢查外袍等候。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，會替您設置靜脈針頭，接上心電圖以及血壓監測儀器，開始進行檢查。
6. 掃描完畢後，放射師由初步影像決定是否需要再注射藥物後，會替您將手上的留置針頭除掉，並告知您下午掃描時間；請您在約定時間十分鐘前抵達攝影室稍作休息，等待攝影。
7. 下午造影前無需再注射藥物，亦不需換檢查衣，但請您穿著胸部無金屬物品的輕便服裝。

#### 檢查之適應症：(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：

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，請提出問題與您的主治醫師討論。

病歷號：

姓名：

生日：西元 年 月 日

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

(心臟血流灌注掃描(加藥式)注意事項說明書承上頁)

檢查併發症機率、可能風險和副作用：

1. 本檢查所使用同位素，非含碘顯影劑，沒有顯影劑過敏的問題，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。
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0.5%；醫生會依受檢者情況，酌與拮抗劑等必要醫療處置。

替代方案：

電腦斷層心臟冠狀動脈血管攝影、心導管檢查，磁振掃描。

醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋：

說明醫師：

(簽章)

日期：西元

年

月

日

鈷-201(加藥式)心肌掃描檢查同意書

(請先詳閱說明書後再填寫)

病人\_\_\_\_\_，病歷號碼\_\_\_\_\_，性別\_\_\_\_，出生於西元\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日。  
本人因病情需要須接受貴院安排之「鈷-201(加藥式)心肌掃描檢查」檢查，立同意書人對於施行該項檢查之原因、效益、替代方案，可能發生之併發症及危險，業經貴院開立此檢查之醫師詳細說明，均已充分瞭解且同意由貴院施行該項檢查。

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，得由警消人員、社工或志工簽署見證，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 身份證字號：

見證人 2 身份證字號：

日期：西元

年

月

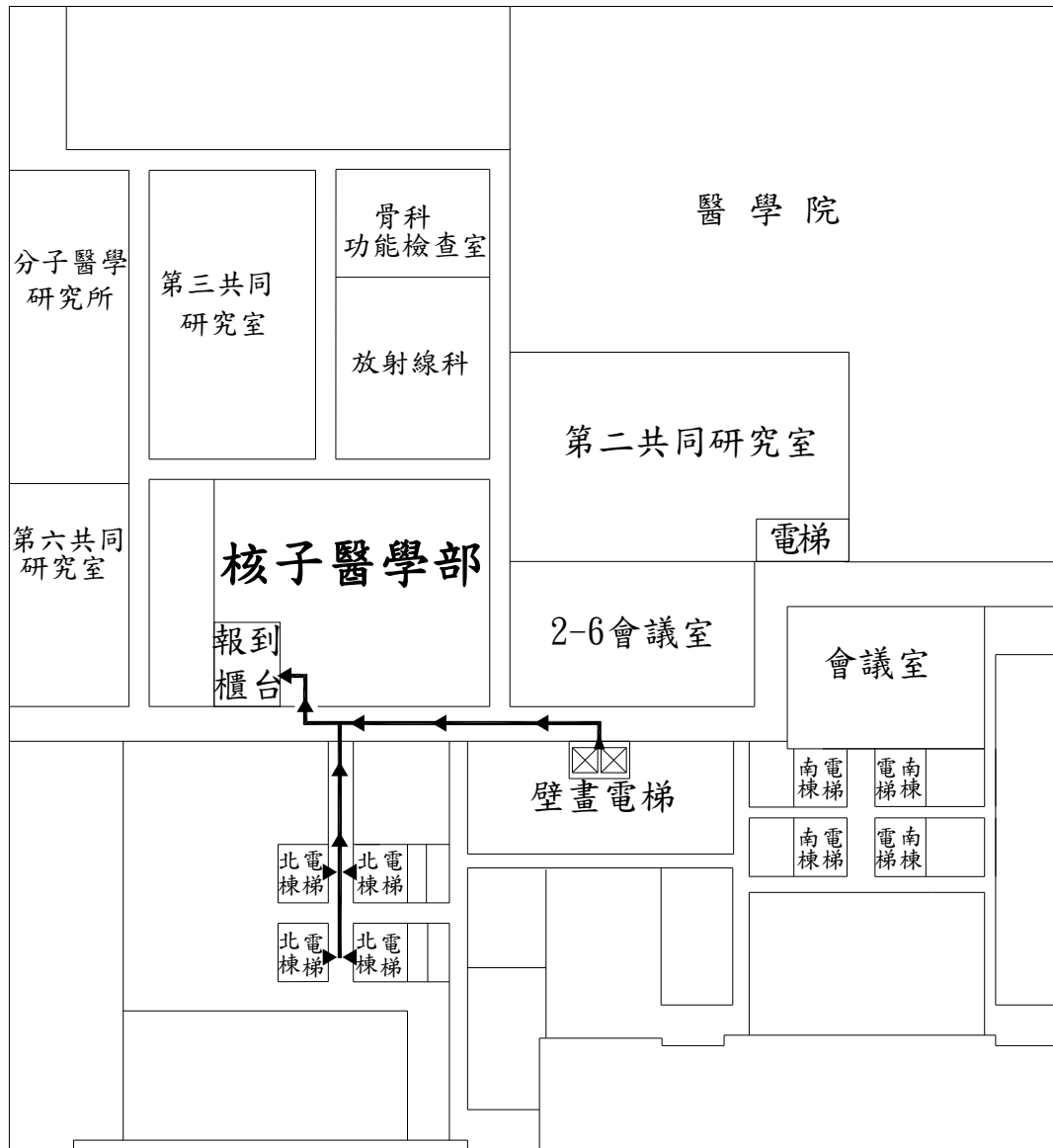
日

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 65575
------	-----------	------	-----------------------

**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
---------------	-----------	-------------------------