

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

正子造影檢查說明暨同意書

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：(119)

正子造影檢查說明書

手術/醫療處置之適應症及作法：(簡述)

適應症：經臨床醫師評估，認為需要接受檢查之病患。本檢查常用於癌症診斷、分期與治療評估。

作法：

※一般注意事項：

- * 須帶文件：IC 健保卡、檢查通知單及本說明書暨同意書。
- * 到院檢查時請依應報到時間辦理報到並依序檢查，因此檢查所用藥物具有時效性且時間極為短暫，**超過所約時間 20 分鐘未到者，視為放棄**。檢查前的準備工作依檢查部位不同，請配合醫護人員指示。
- * 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中心聯絡，更改以一次為限（須在開立檢查單之日起半年內有效），若沒有來電更改檢查日期且當日沒有來檢查，則視同放棄。上班時間：每週一至週五，上午八點半至下午四點半；聯絡電話（總機）：02-23123456 轉分機 65930 正子中心。
- * 如對說明書與同意書之內容有不明瞭之處，請向開單診間或檢查室醫護人員洽詢。
- * 檢查時間（含等待藥物吸收時間）約需 2 小時，請儘量有家屬陪伴。

※特殊注意事項：

一、檢查前注意事項：

1. 為避免影響藥物吸收，檢查前需**禁食至少 6 小時**，期間可飲用白開水、**請勿飲用含糖飲料或嚼食口香糖**。
2. 可能懷孕者請於排定檢查前告知工作人員，以便安排檢查時間。
3. 患有糖尿病、使用降血糖藥物患者請於報到時告知工作人員；糖尿病患者請勿於禁食期間服用／施打降血糖藥物，以避免低血糖造成生命危險。
4. 掃描進行時間約 30-60 分鐘，若無法配合靜躺者，請事先與診間醫師討論。
5. 檢查前一天請避免劇烈運動；若一個月內曾進行鋇劑檢查（如腸胃道攝影等）請主動告知醫療人員，可能影響影像品質與檢查準確性。

二、檢查進行方式與注意事項：

1. 至登記處報到，領取檢查服並至更衣室更換，身上的金屬物件須全數換下。
2. 進入注射室等候並接受注射放射性藥物。
3. 注射後須安靜躺在燈光微亮的注射室等待藥物均勻吸收。等候時盡量全身放鬆休息，避免走動、閱讀、看手機、咀嚼及談話。
4. 預定開始進行掃描前，請上洗手間小便，盡量將尿液解乾淨，避免影響判讀檢查結果。
5. 進行全身掃描，掃描時間依檢查部位不同約 30-60 分鐘不等，請配合醫護人員指示；檢查台上請放鬆靜躺，保持自然呼吸。
6. 檢查結束後請稍候幾分鐘，因檢查部位與疾病特性不同，由醫師判讀影像是否需進一步造影；如需延遲造影會由放射師再與您約定掃描時間，如不需延遲造影則可更衣離開。

三、檢查後注意事項：

1. 檢查後請多喝水、多排尿以加速藥物排出，降低輻射劑量。
2. 藥物注射後當天應避免長時間近距離接觸孕婦或學齡前嬰幼兒；一般建議注射後 8 小時內避免哺乳及懷抱嬰幼兒。
3. 檢查結束後七個工作天後始可於門診看報告或至病歷室申請正式文字報告，欲申請影像光碟，請至西址舊大樓 X 光登記處辦理，請依醫師原預約門診時間回診或自行約掛門診。

手術/醫療處置效益：提供臨床醫師評估病程之所需。

手術/醫療處置風險：

1. 本檢查使用放射性藥物，並非使用電腦斷層用含碘顯影劑或是磁共振造影用含釷顯影劑，罕有過敏或影響腎功能的問題。
2. 注射後病人體內帶有微量輻射，劑量甚低，對一般成人毋需特別防護；以一位 70 公斤體重之受試者為例，對受試者產生約略或低於 10mSv 的輻射劑量（相當於一次腹部的電腦斷層掃描）。
3. 放射性藥物的品質為無菌、無熱源、高放射化學純度，罕有因注射而有不適反應，如暫時性血壓過低、暫時性的低血糖或高血糖、或暫時性的鹼性磷酸酶增加症狀；如有不適請立即反應或與本單位聯絡。

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

正子造影檢查說明暨同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第 2 頁

(正子造影檢查說明書承上頁)

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。癌症患者評估疾病狀況可考慮採用電腦斷層攝影、磁振造影、超音波、或非正子放射性藥物造影。

醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋：(如無，請填寫無)

說明醫師： (簽章)

日期：西元 年 月 日

正子造影同意書

病人：_____，出生於西元_____年_____月_____日，因患_____，需接受正子造影。立同意書人已經與醫師討論過接受這個手術或醫療處置的效益、風險及替代方案，對醫師的說明都已充分了解且同意由貴院施行該項術式或醫療處置。

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

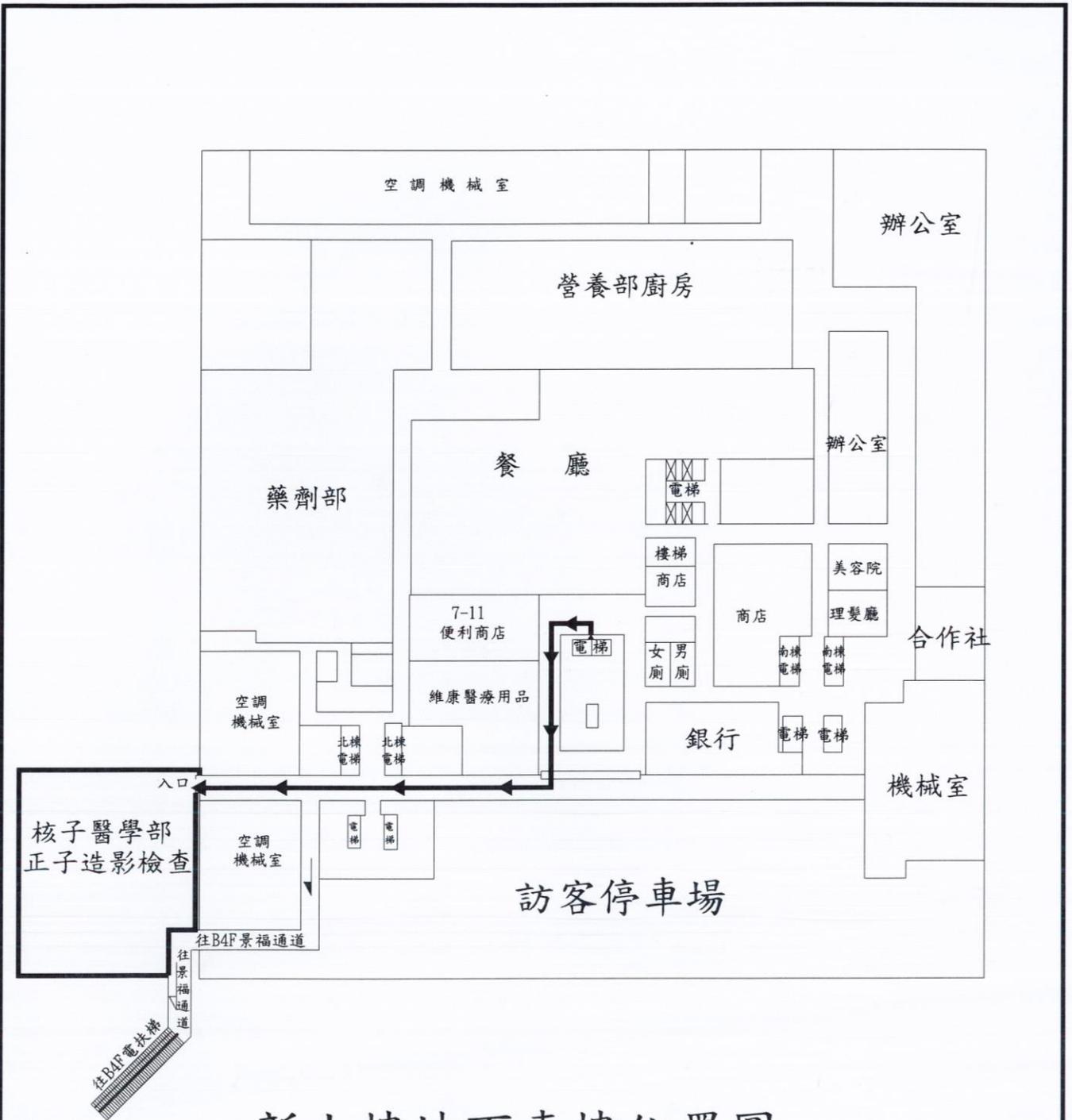
(1.如由病人、親屬或關係人簽署本同意書，則無需見證，見證人部分得免填。2.若意識清楚，但無法親自簽具者且無親屬或關係人在場，得以按指印代替簽名，惟應有二名見證人。3.若病人意識不清且無親屬或關係人在場，醫療緊急情況得由二名合格醫師在病歷上證明需檢查或治療即可。)

見證人 1： (簽章) 見證人 2： (簽章)

見證人 1 身分證字號： 見證人 2 身分證字號：

日期：西元 年 月 日

119號說明書 核子醫學部正子造影檢查 地點簡要圖示



新大樓地下壹樓位置圖
(請搭一樓大廳後面電梯至地下一樓)

中山南路7號