

運動心肺功能檢查說明暨同意書
(復健部)

病歷號：

姓名：

生日：西元 年 月 日

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：(137)

運動心肺功能檢查說明書

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，讓我們一起為了您的健康努力。

※注意事項

1. 請攜帶健保卡、檢查預約單、檢查說明書暨同意書。
2. 請依預約單所安排之時間、序號置檢查地點報到；檢查時間約 40~60 分鐘，遲到或過號病友到達時請告知檢查人員再行排號檢查。
3. 檢查當天必須正常飲食及服藥，勿飲用刺激性飲料(如咖啡、茶)。
4. 請穿著運動鞋、寬鬆運動服上衣，純棉短袖為宜(若長袖衣物之衣袖太過狹窄，可能影響血壓測量)。男性有胸毛者，請先刮除；女性勿著塑身內衣、洋裝，勿塗抹口紅，儘量避開生理期(量多或不適時可能會影響測試結果)。請自行攜帶擦拭毛巾。
5. 儘量請家屬陪同受檢
6. 若有身體不適症狀時(如感冒、咳嗽)或需更改測試日期、時間時，請於上班時間來電 2312-3456 轉 67754、67750 聯絡。

※檢查之適應症及作法：(簡述)

適應症：各類心肺疾病患者、欲了解個人運動心肺功能或從事激烈運動之安全性的一般民眾。

作法：

運動心肺功能檢查是以騎固定式腳踏車或跑步機運動的方式，在運動測試中藉由對受試者吸氣及吐氣時的氣體分析，可測得受試者運動過程中的氧氣消耗量(即所謂的"攝氧量")，用以評估體能與心肺耐力。對於特定心血管病變及肺部疾病患者，運動測試除了用來評估患者體能狀況，並可推測患者對各種身體活動的耐受程度與安全性。測試受試者將全程接受心電圖及血壓的監測，記錄運動過程中的生理反應，即早偵測並避免因運動所產生身體不適的反應，如不正常的血壓變化、暈厥、心律不整等。運動測試過程中將慢慢的增加運動強度，受試者在運動過程中若出現任何胸悶，呼吸困難，腳酸疲乏或其他不適而無法繼續測試時，則隨時告知檢查醫師而終止運動測試。醫師參考運動測試的結果，針對個別患者給予適合的運動處方，進行運動訓練，以期增加身體活動的能力，增進體適能並達到健康促進的目的。

※檢查效益：(經由手術或醫療處置，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；且手術或醫療處置效益與風險性間的取捨，應由您決定。)

運動心肺功能檢查可以幫助評估患者的心肺功能以及患者從事運動或特定身體活動的安全性，可藉此測驗結果設計個人專屬的運動計畫，為設定個人運動計畫(或心肺復健)之重要參考，並經由定期追蹤可以客觀的評估治療成效。

運動心肺功能檢查說明暨同意書
(復健部)

病歷號：

姓名：

生日：西元 年 月 日

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第 2 頁

(運動心肺功能檢查說明書承上頁)

※檢查風險：(沒有任何手術或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。)

此項檢查乃藉由腳踏車或跑步機運動方式，評估運動時之心肺功能及各種生理反應。由於運動時會心跳加速、血壓上升、心臟負荷增加，因此少數病患在檢查中，會出現一些身體不適的反應，包括不正常的血壓變化、胸痛、暈厥、心律不整、腦中風或急性心肌梗塞發作。

(本項檢查之併發症機率為：合併症：1.40-8.86/萬人次、包括①心肌梗塞：0.14-3.58/萬人次、②急性肺水腫：0.24/萬人次、③嚴重心律不整：0.73-4.78/萬人次、④死亡率：0.24-0.5/萬人次)。檢查室內備有急救設備及藥物，現場有經過特別訓練的醫護人員，將可以立即對這些特殊罕見的狀況進行處理。

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

1. 目前並無這個檢查的替代方案，如果您決定不施行這個檢查，請與醫師討論您的決定。
2. 不實施醫療處置可能的後果：無法獲知您目前運動心肺功能之現況，無法進一步提供您詳細的運動處方或建議。

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

運動心肺功能檢查同意書

病人_____病歷號碼_____性別_____，出生於西元_____年____月____日，因_____需接受運動心肺功能檢查。立同意書人已經與醫師討論過接受這個醫療處置的效益、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 身分證字號： 見證人 2 身分證字號：

日期：西元 年 月 日

國立臺灣大學醫學院附設醫院
National Taiwan University Hospital
復健部運動心肺功能檢查地點簡要圖示

