

病歷號：
姓 名：
生 日：西元

心臟血流灌注掃描(靜態)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

編號：(95)

心臟血流灌注掃描(靜態)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，請於預約檢查前二日與本單位聯絡。聯繫時段：週一到週五上午八點半至下午四點半，聯絡電話(總機)：02-23220322轉分機37937核子醫學部。
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靜態狀態(檢查時間約二十分鐘)與下午再分佈掃描(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. 檢查當天需禁食6小時，若無特別醫囑則不須停用藥物。請著輕便棉質服裝，以褲裝及運動鞋為宜。女性勿著塑身內衣、洋裝及襪襪。
3. 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。
4. 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。
5. 掃描完畢後，會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。
6. 下午造影前不需換檢查衣，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。本檢查常用於評估心肌梗塞後存活心肌，及病人之長期預後及決定適當之治療方針。

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。

病歷號：
姓 名：
生 日：西元

心臟血流灌注掃描(靜態)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(靜態)檢查注意事項說明書承上頁)

替代方案：

心導管、心臟超音波，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

鉈-201(靜態)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_____。

本人因病情需要須接受貴院安排之「鉈-201(靜態)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

(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 身份證字號：

見證人 2 身份證字號：

日期：西元