

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

副甲狀腺掃描檢查說明暨同意書

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：(932)

副甲狀腺掃描檢查說明書

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。
2. 建議需有親友陪同檢查。
3. 檢查依預約單排定日期，逾時逾期作廢。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部聯絡，以免留下爽約紀錄，更改以一次為限（更改後之日期仍須在開立檢查單之日起半年內），未依預約時間受檢視同放棄，若有需要請回門診重新開立檢查單。上班時間：每週一至週五，**上午八點半至下午五點**；聯絡電話（總機）：**02-23220322** 轉分機 **37937** 核子醫學部。
4. 如遇台北市政府公布台北市停止上班（如颱風等），則當日檢查暫停。請於一個月內來電本部，重新預約檢查日期。
5. 到院檢查時請依應到時間辦理報到並依序檢查，逾時依現場狀況安插調整檢查順序，並可能須重新排檢。
6. 本院僅代收健保檢查部分負擔費用，若取消檢查，請於原預約檢查日後再洽健保署退費。

※檢查前注意事項：

1. 本檢查不須空腹，藥物可以照常服用。
2. 若您懷孕或可能懷孕時，可能不宜接受本檢查，請與您的臨床醫師討論。
3. 同一天若有抽血檢查者請先抽血再至本部受檢。

※檢查當日注意事項：

1. 請於約定日期及時間報到候檢，遲到可能影響藥物活性而無法進行檢查，須回門診重新開立檢查單。
2. 為避免對影像結果造成誤判，您身上的金屬外來物件（包含零錢、項鍊、手機等金屬製品）掃描前需先取下。
3. 檢查將由靜脈血管注射放射性同位素藥物後，進行兩次上半身的掃描，檢查全程約需 3 個小時。

病歷號：
姓 名：
生 日：西元 年 月 日

副甲狀腺掃描檢查說明暨同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

- (1) 第一次掃描為注射藥物後 20 分鐘，掃描時間約需 20 分鐘。
- (2) 第二次掃描為注射藥物後 2 個小時，掃描時間約需 40 分鐘。

※檢查後注意事項：

1. 檢查當天避免與孕婦、嬰幼兒長時間近距離接觸。
2. 若為哺乳之婦女，應於藥物注射後停止哺乳 12 小時。
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報告，請依醫師原預約門診時間回診或自行約掛門診。

手術/醫療處置之適應症及作法：（簡述）

本檢查臨床上常用於原發性及次發性副甲狀腺亢進的鑑別診斷及定位。

接受此手術/醫療處置之效益：

提供臨床醫師評估病程及診斷之所需。

手術/醫療處置風險：

1. 本檢查使用放射性同位素藥物，並非含碘顯影劑，不適反應極為罕見，常見的不適為靜脈注射造成局部瘀青或微痛。
2. 放射性同位素含微量輻射，若有懷孕或哺乳的情形請於報到時告知醫療人員，並與您的臨床醫師討論。

替代方案：

替代方案為超音波檢查或電腦斷層掃描等，由您的主治醫師視情形需要而決定。如果您有任何問題，可與您的主治醫師討論。

不接受這個醫療處置可能導致的風險：

因個人之疾病不同，請與您的臨床醫師直接討論。

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 時間： 時 分

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

副甲狀腺掃描檢查說明暨同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第 3 頁

副甲狀腺掃描檢查同意書

病病人：_____，出生於西元_____年____月____日本人（或家屬）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，本人對醫師的說明都已充分了解。

本檢查具輻射暴露，可能懷孕之婦女請先告知，若為孕期之婦女已瞭解本檢查胎兒暴露輻射之風險，簽署同意書代表您有以下聲明：

- 不適用此聲明（如男性或已停經婦女等）
- 我目前沒有懷孕之可能。
- 我不清楚目前是否懷孕，但我已瞭解若胎兒暴露輻射之風險，並願意接受此檢查。
- 我目前已懷孕，我已瞭解胎兒暴露輻射之風險，並願意接受此檢查。

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 時間： 時 分

(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 身分證字號：_____ 見證人 2 身分證字號：_____

日期：西元 年 月 日 時間： 時 分

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