

病歷號：
姓 名：
生 日：西元

心臟血流灌注掃描(運動式)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

第 1 頁

編號：(96) 心臟血流灌注掃描(運動式)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。請儘量有家屬協同陪檢，若無家屬陪伴需現場簽署切結書後受檢。
2. 檢查單依預約單排定日期，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(需在開立檢查單之日起半年內有效)。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：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. 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。
4. 到院檢查時請依應到時間辦理報到並依序檢查，請注意：(1)請依檢查時間準時報到後依序受檢，超過應報到時間30分鐘，依其報到先後，在預定排程病人之後受檢 (2)報到時間遲於上午11點者，視當日檢查狀況另做安排，可能需改日進行檢查。
5. 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洽健保署退費。

※ 特殊注意事項：

1. 心臟灌注掃描分為負荷狀態與靜態掃描兩個階段，請依工作人員指示流程受檢，完整檢查時間約需六到八個小時。
2. 檢查當天早餐可吃少量清淡食物，若無特別醫囑則不需停用藥物。檢查前六到八小時請禁食咖啡或茶。
3. 請著輕便棉質服裝，以褲裝為宜。女性勿著塑身內衣、洋裝及襪襪。
4. 報到後，請更換所有上半身衣物，並取下項鍊，著檢查服等候。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，會替您設置靜脈留置針頭，接上心電圖以及血壓監測儀器，開始進行檢查，第一次檢查結束後，可換回自己的衣物，飲食及後續檢查流程請依工作人員指示。
6. 第二次造影不需更換檢查服，但請您穿著胸部無金屬物品的輕便服裝，女性胸罩不論有無鋼絲皆須脫除。

手術/醫療處置之適應症及作法：(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，配合藥物注射以偵測心臟缺氧，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%，特异性為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。

接受此手術/醫療處置之效益：

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. 此項檢查乃藉由跑步機運動方式使心臟負荷增加後注射同位素，偵測心臟缺氧現象。少數受檢者在檢查中可能會有胸痛或急性心律不整、急性心肌梗塞發作。複次階段運動心電圖檢查之併發症出現機率為：1.4-8.86/萬人次，包括心肌梗塞1.4-3.58/萬人次，急性肺水腫：0.24/萬人次，嚴重心律不整：0.73-4.78/萬人次，死亡率：0.24-0.5/萬人次。

病歷號：
姓 名：
生 日：西元

心臟血流灌注掃描(運動式)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

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。其他評估疾病的替代方案可考慮採用電腦斷層心臟冠狀動脈血管攝影、心導管檢查(具侵入性)或磁振掃描。

不接受這個醫療處置可能導致的風險：因個人之疾病不同，請與醫師直接討論其他替代方案。

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

心臟血流灌注掃描(運動式)檢查同意書

病人_____，出生於西元_____。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。

立同意書人姓名： (簽章)

身分證字號/居留證或護照號碼：

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。)

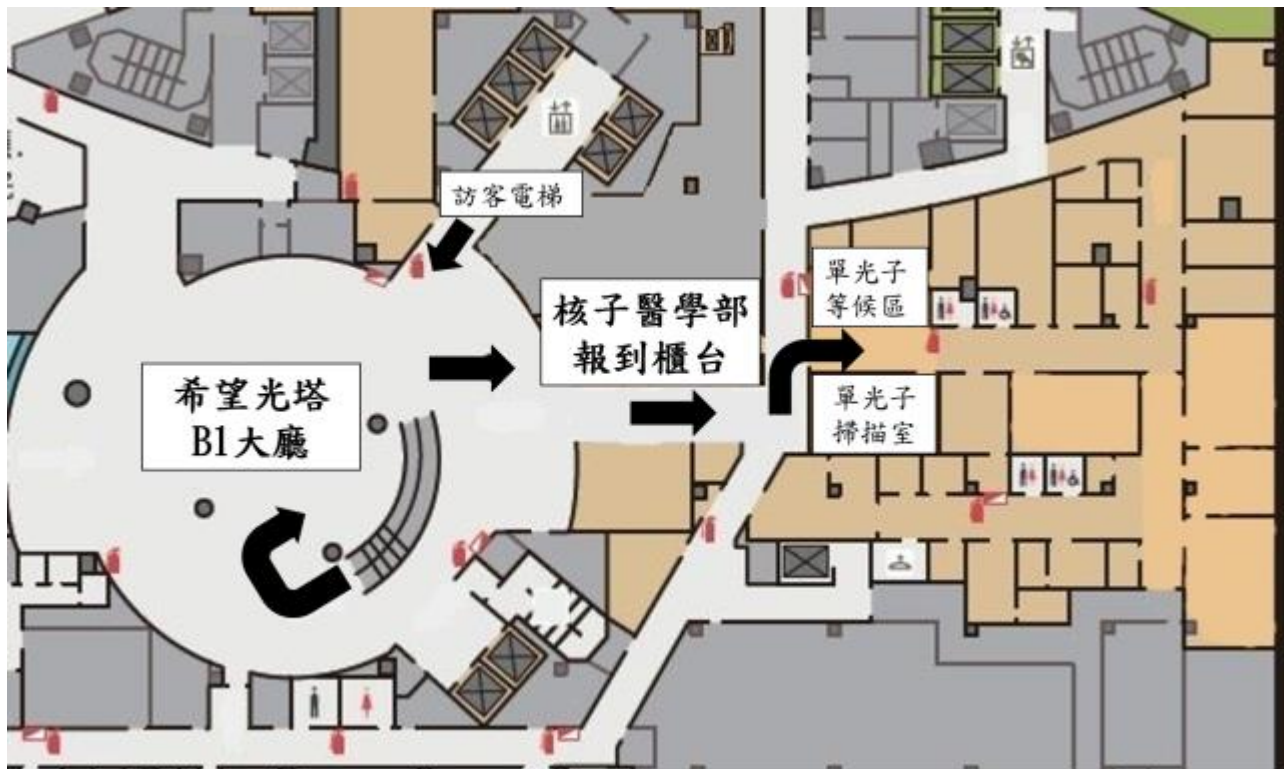
見證人 1： (簽章) 見證人 2： (簽章)

見證人 1 身份證字號： 見證人 2 身份證字號：

日期：西元 年 月 日 時間： 時 分

核子醫學部單光子造影檢查地點簡要圖示

檢查地點	B1 核子醫學部單光子檢查室	連絡電話	(02)23220322 分機 37937
------	----------------	------	-----------------------



請由一樓希望光塔樓梯或一樓訪客電梯
至 B1 核子醫學部報到櫃台