

姓名： 出生日期： 病歷號：
 性別： 就醫序號： 電話：
 身分：
 申請醫師： 申請科別： 申請時間：
 檢查名稱： 申請序號

檢查地點：醫療大樓一樓 核醫科
 排定檢查時間：

核醫造影檢查同意書

NMXXOTB1

病歷號：_____ 姓名：_____ 性別：_____ 出生日期：_____

因患_____ 須實施

檢查治療，經貴院_____ 醫師（醫師簽章）_____ 詳細說明該
 項檢查治療可能發生之併發症及危險，並 已充分瞭解，並已詳讀說明書/注意
 事項內容， 有疑問，進一步說明：_____ 已了
 解同意由貴院施行該項檢查治療。貴院實施檢查治療時，應善盡醫療上必要之
 注意，檢查治療中或其後，若發生緊急情況，同意接受貴院必要之緊急處置。
 此 致 高雄榮民總醫院

立同意書人：_____ 簽章 身分證統一編號：_____

住址/電話：如右_____

（請勾選）資料錯誤，重填：_____

與病人之關係：本人 配偶 父母 子女 其他：_____

西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

附註：

- 一、立同意書人，由病人親自簽具；病人為未成年人或無法親自簽具者，依醫療法第六十四條第一項規定，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。
- 二、立同意書人非病人本人者，『與病人之關係欄』應予填載與病人之關係。
- 三、醫院為病人實施手術後，如有再度實施手術之必要，除有醫療法第六十三條第一項但書所定情況緊急者外，仍應依本格式之程序說明並再簽具同意書，始得為之。本項檢查治療比照上述規定辦理。
- 四、醫療法第六十四條：「醫療機構實施中央主管機關規定之侵入性檢查或治療，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意，簽具同意書後，始得為之。但情況緊急者，不在此限」。
- 五、必要時，同意本院委請並提供第三方專業核醫藥局調劑放射性藥品用之相關個資，如有疑問請隨時與本院核醫科聯絡(分機 76400)。

Osteomyelitis scan

壹、一般注意事項：

1. 請攜帶檢查申請單、檢查同意書，依排檢時間至醫療大樓一樓核醫科櫃檯報到。
2. 如需更改檢查日期或對說明書內容有疑慮時，請於檢查前一天(例假日除外)電話洽詢核醫科 07-3422121 分機 76402(更改排程)、76404(檢查說明)。
3. 本部的空調因需配合檢查機器正常運轉，所以溫度常年維持在 23-25°C 左右。體弱之受檢者請自備外套。
4. 因為注射之藥物含有少量放射性，有哺乳及懷孕可能之受檢者，請務必事前告知排程人員，以維護本身及胎兒之安全。

貳、特殊注意事項：

1. 注射藥物後，若無其他需禁食之檢查，則可正常進食，並請盡量多喝水多排尿，以降低身體所接受之輻射劑量。
2. 大部分的藥物會經由尿液及糞便排出，因此如廁時請小心，勿將排泄物沾到衣褲或身體，若有沾污請立即清洗乾淨，以免影響影像的判讀。
3. 由於炎症檢查藥物會經由糞便排出，為使影像判讀不受腸道排泄影響，會視需要給予 2 顆緩瀉劑，此藥物有腹瀉、清腸的作用。請於**造影前一晚 (注射藥物當天)**飯後服用，並請配合食用稀飯、麵包、蔬菜水果等清淡食物，以利排便。若受檢者平時有服用軟便劑或緩瀉劑，則不需重複使用。
4. 本檢查需分日執行。懷疑有腹部疾患的受檢者，會視需要於隔天或另擇日期做追蹤造影。**有時最多會到七天。**

參、其他說明：**一、檢查方式與範圍：**

1. Osteomyelitis scan (骨髓炎造影檢查)：早期骨關節感染及相關異常之偵測，以鑑別診斷骨髓炎及蜂窩性組織炎，評估感染治療效果。
2. 本檢查分成 3 個階段，在 2 天內進行：
 - (1) 第一階段：第一天在檢查台上由靜脈注射 鎳-99m 甲基雙磷酸鹽，並收集患部之血流相及全身血池相之影像。
 - (2) 第二階段：同一天約三小時後，收集全身骨骼之影像，完成後由靜脈注射鎳-67。
 - (3) 第三階段：另一天，收集全身炎症影像。
3. 受檢者在檢查檯上採取仰臥姿勢，進行全身掃描。每次照相時間長短和需要照相的張數，依據不同病情需求而有所不同(約 30-60 分鐘)。照相過程中要保持不動，才能提供清晰的影像，讓醫生做出正確的診斷；若影像因而不清楚，可能需要重新檢查。
4. **每個階段會向您約定下個階段的時間。**
5. 鎳-67 會由糞便與小便排出身體，若有部分殘留在腸道，可能會影響腹部、背部的判讀。可能視情況在於隔天或另擇日期再請您來收集一次延遲的影像。

二、檢查後可能出現的暫時症狀：

服用緩瀉劑(Dulcolax)可能會有腹部絞痛、腹瀉等感覺。如有上述症狀發生時不需緊張，一般於 2-3 天內會自動緩解。

三、藥物注射後可能出現的副作用：

對特殊體質者暫時可能出現紅疹、畏寒、噁心、嘔吐、氣喘及暈眩等症狀，其發生率小於十萬分之六。

四、其他可能的替代方式(請與您的臨床醫師討論)。

我已詳細閱讀、了解本檢查說明書，並完成簽署同意書

