

國民健康署肺癌早期偵測計畫 個案同意書

我是否有下列任一狀況：

有；無 我過去2年內（2次篩檢年份差距小於2）是否曾接受過本計畫服務？

有；無 我目前有無懷孕？

有；無 我過去12個月內有無接受過胸部電腦斷層檢查(含低劑量電腦斷層檢查)？

有；無 我是否得過肺癌？

有；無 我是否有無法閉氣等無法完成檢查程序之情形？

有；無 我過去1個月內是否有不明原因之咳血，或明顯可疑肺癌病灶？

有；無 我過去1年內是否有不明原因體重減輕超過6公斤？

若有醫療上的需要，我 可以；不可以 接受胸腔穿刺或手術。

本人於觀看衛教資訊後，在醫事人員的輔助及解說下，確認已經知道有關胸部低劑量電腦斷層檢查之優缺點及可能風險，並同意下列事項：

■我知道胸部低劑量電腦斷層檢查，對於重度吸菸者，可降低肺癌死亡率達20%以上，但對於非高風險者，其效益證據尚不明確。

■我知道胸部低劑量電腦斷層檢查可發現早期肺癌，但仍有部分肺癌無法有效偵測，且有新發肺癌的可能性，所以即使檢查結果正常，在下次定期檢查前，如有發現異狀，仍應儘速就醫。

■我知道接受胸部低劑量電腦斷層檢查後，發現結節的比例很高(約2/3)，但多數(約95%)為良性結節，將配合醫師建議持續定期追蹤(依指引或醫師建議)，以觀察結節有無新增或變化情形。惟若屬風險較高之結節，將請胸腔科醫師評估後進行確診程序。

■我知道胸部低劑量電腦斷層檢查並不能預防肺癌的發生，吸菸者不應將肺癌篩檢做為戒菸的替代選擇，若我目前有吸菸情形，我同意接受戒菸服務。

■我知道本計畫為每2年1次胸部低劑量電腦斷層檢查，若我2年內(以年份檢核)曾接受本計畫服務，或有不符篩檢資格情形，我同意自費負擔篩檢費用。

■我知道且同意檢查後如疑似異常，應回診看報告。如無顯著異常或發現惰性結節，報告將採寄送方式。

■我知道比較歷次影像有助於提升影像判讀準確性，本人同意將歷次胸部電腦斷層等影像上傳，並供不同醫院或醫師於看診或判讀報告時查詢，以綜整判斷結節變化及風險。亦同意將其進行後續相關分析及研究之用。

個案資料運用說明：您檢查過程的相關檢查資料(包括問卷資料、檢查影像、結果及後續定期追蹤就醫資料等)，經蒐集後將以不會透露個人身分的方式與其他健康相關資料（包括：全民健康保險資料、疾病篩檢或通報、癌症登記、死因統計等資料，以及社會、經濟與地理資訊或其他政府公務統計資料）進行比對與連結，做為資格檢核、學術統計分析，及政府相關單位政策評估參考。本次檢查報告及結果，依醫療法規定納入病歷。您的聯絡資料僅供追蹤關懷及健康管理之用。對您所提供之任何訊息，我們會遵守學術倫理之規範，確實做好個資保密之義務。所有參與本項補助計畫的檢查醫院及資料處理與統計分析人員，均會依法善盡保密之責。

我已清楚瞭解上述說明，同意接受本服務並同意將相關資料（含問卷資料、檢查影像、檢查結果、後續定期追蹤就醫資料等）作為資格檢核、統計分析、政策評估、查詢及追蹤管理使用。另同意相關醫事人員可於提供服務、看診或判讀報告時，查詢本人歷次胸部電腦斷層（含其他醫療院所）報告及影像及是否有不符資格情形。

立同意書人身分證字號：

簽名或蓋章(手印)：

；日期：民國 年 月 日

醫院對民眾進行衛教及知情同意人員：_____

已至「肺癌早期偵測計畫追蹤管理系統」查詢民眾無2年內接受肺癌早期偵測計畫服務之情形。

國民健康署肺癌早期偵測計畫 檢查紀錄結果表單

支付方式：預防保健；健保醫療給付；其他公務預算補助；自費健康檢查；其他

病歷號：

個人基本資料 (受檢者填寫)						
姓名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證統一編號		
				統一證號(外籍)		
出生日期	民國____年____月____日	聯絡資訊		電話：(____)	手機：	
現居住地 址	縣	市鄉	村	路	段	巷 號 市 區鎮 里 街 弄 樓
個案臨床資料 (建議由醫院詢問受檢者後填寫)						
教育程度	<input type="checkbox"/> 無； <input type="checkbox"/> 小學； <input type="checkbox"/> 國(初)中； <input type="checkbox"/> 高中/高職； <input type="checkbox"/> 專科、大學； <input type="checkbox"/> 研究所以上； <input type="checkbox"/> 拒答。					
其它資訊	身高：_____公分；體重：_____公斤。					
肺部相關疾病 史	有無得過下列肺部相關疾病？ <input type="checkbox"/> 肺阻塞(COPD)； <input type="checkbox"/> 肺結核(TB)； <input type="checkbox"/> 肺炎； <input type="checkbox"/> 慢性支氣管炎； <input type="checkbox"/> 塵肺症(Pneumoconiosis)； <input type="checkbox"/> 肺氣腫(Emphysema)； <input type="checkbox"/> 特發性肺纖維化(IPF)； <input type="checkbox"/> 全身性硬化症(Systemic Sclerosis) <input type="checkbox"/> 無以上疾病 <input type="checkbox"/> 雖具疑似肺癌排除狀況，但已檢附醫師診斷或評估結果，認為非疑似肺癌情形，且個案狀況能接受LDCT肺癌篩檢，並簽具聲明書。					
家族史	與您有血緣的父母、子女或兄弟姊妹中，有無人得過肺癌？ <input type="checkbox"/> 有，共____人，請填下方表格：					
	血緣關係	父親	母親	兄弟	姊妹	兒子 女兒
	罹患肺癌人數	/	/	/	/	/
	確診時年齡(同類型血緣關係 填列確診年齡之最小數值)	/	/	/	/	/
	診斷證明或聲明書所列家屬姓名：_____；民國出生年月日：_____年 _____月____日；身分證字號：_____ (本國籍民國38年以前(含)出生，若經查詢確實無ID，得不提供ID) <input type="checkbox"/> 無					
吸菸史及二手菸	一氧化碳檢測值：_____ppm <input type="checkbox"/> 有吸菸史，每天抽_____包(20支/包)x抽菸_____年=_____包-年 是否已戒菸： <input type="checkbox"/> 已戒菸(自民國____年成功戒菸) <input type="checkbox"/> 否，目前仍有吸菸 戒菸服務： <input type="checkbox"/> 提供戒菸服務； <input type="checkbox"/> 已在戒菸療程 <input type="checkbox"/> 有二手菸暴露(每週至少1天吸入菸草煙霧15分鐘以上) <input type="checkbox"/> 無吸菸也無二手菸暴露					
油煙暴露	煮食經歷_____年，每週煎_____天，炒_____天，炸_____天(填整數) 使用排油煙機情形： <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無					
職業暴露	<input type="checkbox"/> 接觸石綿如石綿製造、造/拆船、鍋爐管線保養業等； <input type="checkbox"/> 接觸重金屬、煤、瀝青等如冶煉工廠、金屬製造業、焊接、礦業等； <input type="checkbox"/> 暴露於粉塵、棉絮； <input type="checkbox"/> 放射環境； <input type="checkbox"/> 廟宇工作(燒香) <input type="checkbox"/> 無					
本人同意接受LDCT肺癌篩檢，確認以上資料正確無誤，並同意相關資料(含問卷資料、檢查影像、檢查結果、後續定期就醫資料等)作為統計分析、政策評估、查詢及追蹤管理使用。 受檢者本人簽名或蓋章(手印)：_____ 民國____年____月____日						