

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

NMXXBMB1

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: _____

陪同家屬(朋友)：_____, 與病患之關係： 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」。

Bone marrow 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 6402(更改排程)、6404(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. 病況較特殊或危急之受檢者，請事先聯繫本部醫師。
2. 因應檢查需要，易躁動之受檢者必須有家屬陪同以安撫情緒。
3. 若無其他需求，此項檢查不需禁食。
4. 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。
5. 整個檢查耗時約 1-2 小時，請預留充分時間。

參、其他說明：**一、檢查方式與範圍：**

1. Bone marrow scan (骨髓造影)：偵測骨髓梗塞、骨髓轉移、骨髓炎、骨髓外造血和評估骨髓的功能。
2. 由靜脈注射少量含有輻射線的藥物，1 小時後採取仰臥姿勢開始進行全身掃描，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)。
3. 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。

二、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。

三、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