

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

NMXXDTB1

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)。

Direct radionuclide cystography

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。使用試劑由食藥署同意專案進口。

貳、特殊注意事項：

1. 門診受檢者請提前一小時至核醫科櫃檯報到。
2. 因應檢查需要，在檢查之前，**需先安置一導尿管**。嬰孩受檢者需自備 4-5 片尿布。
3. 易躁動及哭鬧之嬰孩必須有家屬陪同以安撫情緒(可攜帶任何安撫工具如玩具、奶嘴等)。
4. 本檢查注入之放射性藥物劑量非常低，通常會隨著檢查結束後立即由尿液排出，家長回去後只需將嬰孩的下半身稍微清洗即可，不必太過擔心。
5. 本檢查一共耗時約 1 小時，請預留充分時間。

參、其他說明：**一、檢查方式與範圍：**

1. Direct radionuclide cystography (膀胱輸尿管尿逆流檢查)：偵測是否有膀胱輸尿管逆流。
2. 受檢者在檢查檯上採取仰臥姿勢，將少量之放射性藥物配合適量之生理食鹽水由導尿管接頭處注入膀胱(1 歲以下幼兒的膀胱注入量(c.c.)約為體重(公斤數)乘以 7，1 歲以上則是(年齡+2)乘以 30，或是到受檢者可以忍耐的程度)。當達到預定量時即可拔除尿管並請受檢者排尿，在螢幕監視之下，察看膀胱輸尿管之間是否有逆流。
3. 照相過程中盡量保持不動，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、檢查的可能併發症及處理方式：

1. 尿道損傷或解尿不順：通常為短暫性，持續觀察即可。
2. 膀胱破裂：機率極低，若發生需以手術修補。

三、檢查後可能出現的暫時症狀：

可能會因導尿管的插入有不舒服的感覺，發生憋尿情況。

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