

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

NMXXRIB1

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：

- 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。
- 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。
- 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。
- 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」。

Cisternography

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，易躁動及哭鬧之受檢者必須有家屬陪同以安撫情緒或是採取鎮靜催眠的方式。
3. 實施腰椎穿刺後，受檢者需平躺 4 到 6 小時。
4. 本檢查可能分日執行，請預留充分時間。

參、其他說明：**一、檢查方式與範圍：**

1. Cisternography (腦脊髓液循環動態功能檢查): 主要能區別出常壓性水腦與其它非阻塞因素導致的腦室擴大(例如腦部萎縮)，也可以用來診斷某個囊腫是否與脊髓液腔有所連通等。
2. 在造影檢查之前，請受檢者側臥於床上，弓起背腰部分，雙膝儘量彎曲靠近腹部，頭俯胸前，呈蜷曲的姿勢。我們會由第三腰椎以下的棘突間隙注射少量含有放射性的藥物於蜘蛛膜下腔，並約定時間(注射後 1, 4, 6 小時, 24 小時及 30 小時後)請您回來照相。等待的時間內可以離開，但是受檢者於注射後需平躺 4 到 6 小時。
3. 受檢者在檢查檯上採取仰臥姿勢，利用核醫造影機進行掃描，照相時間長短和個人腦脊髓液的吸收和代謝情形不同而有所差異(每次約 30 分鐘)。
4. 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：使用試劑由食藥署同意專案進口。

1. 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。
2. 穿刺後可能發生頭痛、頭昏、噁心、嘔吐、肩頸痛等症狀，尤其是站立或坐著時症狀加劇，稱之穿刺後症候群(post spinal syndrome)，可給予止痛劑及補充體液，並臥床休息，約 5-8 天症狀自然消失。

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