

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

NMXXIEB1

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」、

I-131 Treatment (1, 5, 10, 20, 30) mCi**壹、一般注意事項：**

1. 請攜帶申請單、同意書及健保卡，依排定時間至醫療大樓一樓核醫科櫃檯報到。
2. 如需更改治療日期或對說明書內容有疑慮時，請於排定治療時間至少前一天(例假日除外)電話洽詢核醫科 07-3422121 分機 6402(更改排程)、6404(治療說明)。
3. 因為口服之藥物含有放射性，排定本治療之女性病友請採取有效之避孕措施。有哺乳及懷孕可能之受檢者，請務必事前告知，本治療將因懷孕取消，以維護本身及胎兒之安全。

貳、特殊注意事項：

1. 口服放射性碘藥物之前、後 3 小時勿進食。
2. 口服放射性碘藥物前四週起停止服用甲狀腺賀爾蒙以及抗甲狀腺的藥物，含碘的食品(例如海帶、紫菜、綜合維他命)和含碘的口服、外用或注射藥劑(例如電腦斷層檢查注射的含碘顯影劑、預防及治療心律不整的藥物-amiodarone、碘酒等)直至治療結束為止，以避免這些干擾因子對甲狀腺攝取碘造成影響。
3. 口服藥物 3 小時後，若無其他需禁食之檢查，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。
4. 治療口服之放射性藥物會由尿液排出，因此如廁時請小心，勿將尿液沾到衣褲或身體，若有沾污請立即清洗乾淨。

參、其他說明：**一、可能出現的副作用：**

1. 早期可能有黏膜發炎、噁心、嘔吐、唾液腺疼痛、口水減少、味覺改變(金屬味)、頸部(甲狀腺部位)脹痛、白血球減少等。以上症狀，多為暫時性。
2. 長期而言少數損傷唾液腺導致口乾或唾液腺結石、加重蛀牙、味覺減少、溢淚(淚腺結痂導致)或暫時不孕。
3. 極少數可能與之後胃、膀胱、大腸癌或白血病相關。(目前無定論)

二、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