

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：

### 核醫科造影檢查同意書

NMXXITB3

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 Whole Body 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. 因為口服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. 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停止服用含碘的食品(例如海帶、紫菜、綜合維他命，1-2 週)、甲狀腺賀爾蒙(4 週)、電腦斷層檢查的含碘顯影劑(至少 1 個月)及治療心律不整的藥物- Amiodarone (3-6 個月)直至檢查結束為止，以避免這些干擾因子影響碘的攝取。
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. 檢查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，以免影響影像的判讀。
5. 本檢查需分日執行，會視需要於隔天或另擇日期做追蹤造影。有時最多會到七天。

### 參、其他說明：

#### 一、檢查方式與範圍：

1. I-131 Whole Body Scan (碘-131 全身造影檢查): 偵測仍具有功能的甲狀腺殘餘組織的存在和其分佈範圍，以及功能性甲狀腺癌的存在和定位。
2. 在檢查當天會先請您口服定量之放射性碘藥物，並約定時間(約 3 天後)請您回來作造影。
3. 造影時請受檢者在檢查檯上平躺，頸部後仰。利用核醫造影機進行掃描，照相時間長短和張數依據不同病情需求而有所不同(約 30-60 分鐘)。可能會視需要於隔天或另擇日期做追蹤造影。
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、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