

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**

**排定報到時間：**

1. 檢查前一天(24小時)內不要喝(咖啡.茶葉.可樂)。
2. 檢查當天不要使用藥物(心臟藥.血壓藥.血糖藥.胰島素)。
3. 檢查前要空腹 4小時以上, 檢查全程耗時約 5-6 小時。
4. 報到時間非檢查時間：請您耐心等待，我們將盡快為您服務。
5. 核醫科電話:07-3422121 轉 76402 或 76400(08:00-17:30)。

**★★避免健保資源浪費(藥物昂貴),如無法如期報到,  
 請務必提早 2 天通知本單位,非常感激您的配合。**

### 核醫造影檢查同意書

NMXXMPB1

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)。

## Myocardial perfusion - medication

**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。

**貳、特殊注意事項：**

1. 檢查前 24 小時禁止服用含咖啡因食物(如咖啡、茶、可樂)。12 小時前禁用 Aminophylline 及口服血管擴張劑(硝酸鹽類及 dipyridamole)，直到檢查完畢為止。**4~6 小時前禁食**，直到檢查完畢為止。若有糖尿病的患者，最多在檢查開始前含一顆糖。因為藥物及含糖的飲料、牛奶或點心等會影響心肌對放射性藥物的攝取，影響影像判讀。
2. 冠狀動脈血管擴張劑(Dipyridamole)對於有氣喘者可能誘發疾病發作，因此氣喘患者檢查前請務必先告知醫師。
3. 有腎病者，請避免在同一天安排使用顯影劑的電腦斷層或核磁共振。
4. **整個檢查共需 5-6 小時**。包含壓力(藥物注射)和休息狀態二個階段，先進行壓力後檢查及造影(約 1 小時左右)，間隔 3 小時後，待心肌恢復平穩狀態再繼續進行休息態心肌造影(約 15 分鐘)。

**參、其他說明：****一、檢查方式與範圍：**

1. Myocardial perfusion - medication (心肌血流灌注造影)：主要偵測冠狀動脈疾病、評估心肌缺血或梗塞的位置與範圍、冠狀動脈繞道手術及心導管的術後追蹤。
2. 衣服有金屬物的受檢者需要更衣(包含內衣、金屬鈕扣、項鍊)。在檢查之前，需要於手上的靜脈安置一留置針以及量取身高和體重，依照受檢者的體重決定冠狀動脈血管擴張劑(Dipyridamole)劑量(0.568 mg/Kg)。
3. 檢查需配合量心電圖及血壓，滴注冠狀動脈血管擴張劑 4 分鐘，之後 2-5 分鐘時再注射少量之放射性藥物，請您配合工作人員的指示進行核心操(甩手) 3-5 分鐘，利用核醫造影機進行約 15 分鐘的造影，即可得到壓力式心肌的灌注掃描影像。第一階段完成後，我們會約定時間(約 3 小時後)請您回來作第二階段的照相。在等待的時間內，可以離開自由活動。
4. 可能視病況，改用強心劑(Dobutamine) 代替 Dipyridamole。若以此方式檢查，請在檢查開始前停用乙型阻斷劑和鈣離子通道阻斷劑。
5. 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、檢查的可能併發症及處理方式：**

1. 氣喘發作：立即使用支氣管擴張劑，持續觀察。
2. 心絞痛發作、心律不整：立即給予氧氣或舌下含片及持續監測心電圖變化。症狀持續則送急診進一步處理。

**三、藥物注射後可能出現的副作用：**

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. 因血管擴張劑藥物的注入有百分之二十五的受檢者可能會有下列症狀；如胸悶、胸痛、喘、頭痛、頭暈、腹痛、噁心等感覺，如有以上所敘述之症狀發生時請告知醫師，不需緊張。本部醫師會給予 Aminophylline (125 mg) 藥劑用以解除因為注射血管擴張劑所引起之不適感。

**四、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**