

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

NMXXITB2

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 Thyroid Uptake 24-h.

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. 口服放射性碘膠囊之前、後 3 小時內勿進食。
2. 口服放射性碘藥物前停止服用甲狀腺賀爾蒙 (4 週)、抗甲狀腺的藥物(3 天)、含碘的食品(例如海帶、紫菜、綜合維他命, 1-2 週)和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. 本檢查需分日執行，請預留充分時間。

參、其他說明：**一、檢查方式與範圍：**

1. I-131 Thyroid Uptake 24-h. (碘-131 甲狀腺 24 小時攝取量測定)：碘攝取率測定可評估甲狀腺功能狀態，並幫助計算碘-131 的治療劑量。
2. 在檢查當天會先請你口服少量之放射性碘藥物，並約定時間(大約 24 小時後)請您回來作甲狀腺攝取量測定。
3. 測量服藥 24 小時後碘攝取率，需將一偵測探頭置放甲狀腺處，測量放射活性強度並與初始服用劑量的放射活性強度比較。測量時請受檢者在檢查檯上平躺，頸部後仰，時間約 10 分鐘。
4. 測量過程要保持不動，若因身體移動使資料因而不清楚，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