

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

NMXXDSB1

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」。

## Dynamic SPECT/CT

**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 小時前禁用支氣管擴張劑(如 Aminophylline)及口管擴張劑(硝酸鹽類及 dipyridamole)，直到檢查完畢為止。
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。包含休息狀態和壓力(藥物注射)二個階段，第一階段為靜息態，第二階段為壓力態，各約半個小時，中間會休息三小時左右。另外會收集低劑量電腦斷層影像供影像校正。

**參、其他說明：****一、檢查方式與範圍：**

1. Dynamic SPECT/CT (核醫心肌血流定量檢查)：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. 動態造影需要在特殊姿勢快速注射藥物。包含休息狀態和壓力(藥物注射)二個階段，第一階段為靜息態，第二階段為壓力態，壓力態需配合量心電圖及血壓，注射血管擴張劑。另外將會收集低劑量電腦斷層影像供影像校正。
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，可能需要另外擇日重新檢查。

**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 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**