

螢光/循血綠眼底血管攝影術檢查說明書

病歷號：_____

姓名：_____

床號：_____

這份說明書是有關您即將接受的手術(或醫療處置)的效益、風險及替代方案的書面說明，可做為您與醫師討論時的補充資料。最重要的是我們希望您能充份瞭解資料的內容，所以請仔細閱讀；如果經醫師說明後您還有對這個手術(或醫療處置)有任何疑問，醫師會很樂意為您解答，讓我們一起為了您的健康努力。

一、原理：螢光/循血綠血管攝影乃是將顯影劑—螢光 (fluorescein) 或循血綠(Indocyanine green)注入靜脈，顯影劑經血液循環到眼部血管系統，藉以觀察眼底血管、視網膜、脈絡膜有無病變之檢查。

二、可能之副作用及併發症：

1. 對顯影劑之過敏反應：少數病人因對顯影劑過敏可能會有噁心、嘔吐、蕁麻疹、頭痛、昏厥、低血壓或呼吸困難之現象產生。
2. 注射部位局部刺激：靜脈注射若有外滲時會有局部注射手臂疼痛之現象。
3. 另由於顯影劑本身對血管及皮膚有刺激性，故局部血管或皮膚可能會有刺痛感或造成血栓靜脈炎。
4. 孕婦：特別是在懷孕前三個月並不建議使用。目前仍無因本檢查而致胎兒畸型之報告。
5. 正在哺乳的媽媽：曾有顯影劑分泌至乳汁中的報告，故應特別小心。
6. 其它偶發之病變及併發症。

三、注意事項：

1. 病人若有嚴重之心臟、肺臟、腎臟或血液之疾病，請與醫師討論後再決定施行本檢查與否。
2. 做完檢查會有皮膚及尿液顏色變褐黃，此現象會在幾天內消失。

四、病患或立同意書人，對於螢光/循血綠血管攝影檢查如有疑問，請在立同意書前，詳細詢問有關醫師。

五、替代方案：無。

說明醫師：_____ (簽章) 時間：西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

本人(或家屬) _____ 已經與醫師討論過接受這個手術(或醫療處置)的效益、風險及替代方案，本人對醫師的說明都已充分了解，並且保有此資料副本一份。

病人(或家屬)：_____ (簽章) 時間：西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

與病人之關係：

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。
見證人部分，如無見證人得免填載。