

靜脈注射腎盂攝影檢查說明暨同意書

姓名： 病歷號： 出生日：民國 年 月 日 病床號：

有關您即將接受的手術（或醫療處置）的效益、手術的方式、內容、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。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對這個手術（或醫療處置）仍有疑問，請再與您的醫師充分討論，讓我們一起為了您的健康努力。如欲更改排程時間或取消檢查請來電至排檢中心。電話：05-2648000 分機 5766、5767。

一、靜脈注射腎盂攝影檢查步驟說明

檢查首先照一張腎臟、輸尿管、膀胱的 X 光片，之後會在腹部綁上壓迫帶，此時護理人員會從靜脈注射含碘對比劑。於注射對比劑後 5 分鐘，10 分鐘，15 分鐘，30 分鐘和解尿後照 X 光片，檢查時會依照每位病人不同的病情需要而加照不同體位或延長時間照 X 光片，檢查時間 30 分鐘~數小時不等。

二、檢查前準備

- ★ 請病人禁食。（檢查前需空腹 4 小時以上，有固定服用藥物者，不可自行停藥）
- ★ 請依照指示確實服用瀉藥及甘油球。
- ★ 檢查前一日儘可能進食較為清淡之食物，禁食肉類、雞蛋。
- ★ 腎絲球體過濾率(eGFR) < 30 mL/min/1.73 m²，且有服用降血糖藥物 Metformin 的糖尿病患者，請檢查當日和檢查後二日停藥。
- ★ 住院病人需有一週內，門診病人需有三個月內腎功能「血清肌酸酐 (Creatinine)、尿素氮 (Blood urea nitrogen)」抽血檢驗值。

三、檢查風險

沒有任何手術（或醫療處置）是完全沒有風險的，以下所列是已被認定的風險，除此之外仍然可能有一些未被認定且為醫師無法預期的風險可能會發生。

1. 施打對比劑經常會引起全身發熱的感覺。輕微藥物不良反應，包括：嘔吐、頭暈、打噴嚏或鼻塞，但症狀通常在短時間內就會消退。對具過敏體質者，可能會引起較嚴重的反應，如丘疹、蕁麻疹、寒顫、胸悶、呼吸困難等症狀。對具特異體質者，可能會發生罕見之喉嚨腫、氣喘、血壓異常降低、心臟衰竭、休克及猝死（死亡機率約四萬至十分之一）。
2. 甲狀腺機能亢進之病人應在病情經藥物有效控制後，才接受注射含碘對比劑的檢查。甲狀腺毒症病人為禁忌症。若計畫接受放射性碘 131 治療之病人，最好在治療前二個月內不曾使用含碘對比劑，請與您的醫師討論。
3. 對比劑對腎臟具有毒性，尤其是腎功能不良者（如慢性糖尿病病人）、脫水病人、多發性骨髓瘤病人，發生腎衰竭的機率更高。
4. 少數研究指出注射對比劑可能會造成下列疾病加重：鐮刀型貧血、重症肌無力、嗜鉻細胞瘤。
5. 少數人可能會產生注射處對比劑滲漏至皮下組織或肌肉的風險（機率約 0.1-1.2%），而致產生局部紅腫、疼痛之現象。皮下腫痛多數會在數日後隨對比劑吸收而慢慢消失，絕大多數對比劑外漏之受檢者恢復良好，產生嚴重後遺症機率低；僅有少數人出現後續嚴重發炎、潰瘍、及局部神經壓迫反應，而需接受住院觀察、外科處置或植皮。對比劑滲漏之危險因素包含：意識不清、躁動、皮膚水腫、血管細小等。

四、替代方案

如果您決定不施行這個手術（或醫療處置），請與醫師討論您的決定。可進行不注射對比劑電腦斷層攝影，但可能對疾病診斷價值與準確性會大幅降低；或可選擇腹部超音波、泌尿道內視鏡。

五、醫師補充說明

1. **未禁食需重新安排檢查時段。檢查前請禁食四小時以上，有固定服用藥物者，不可自行停藥**（例如：高血壓或心臟病藥物）。水分可正常補充，用來保護腎臟，因為脫水也是不良事件的危險因素。禁食可以避免食物對於腹部影像造成干擾，且注射對比劑，可能發生過敏而引發嘔吐的情形，嘔吐物吸入肺部而造成吸入性肺炎，將會影響到病人的檢查安全。
2. **腎絲球體過濾率 (eGFR) < 30mL/min/1.73 m²，降血糖藥物 Metformin 請確實停藥。** Metformin 最嚴重副作用是乳酸中毒，通常在肝腎功能不佳的狀況下發生。乳酸中毒發生機率極低 (0-0.84 例/1000 病患-年) 但致死率達 30-50%。施打含碘對比劑本身並不會造成使用 Metformin 病患發生乳酸中毒，但當施打對比劑後發生對比劑腎病變時，有導致乳酸中毒的風險。
3. 血清肌酸酐數值大於 2.0mg/dl 者，注射對比劑可能會增加短期或終身洗腎之風險。
4. 截至目前為止，並沒有任何方法可以預測個人是否對對比劑過敏，但如果自己知道對藥物過敏、氣喘或是一些內科疾病如糖尿病、腎功能不全、過去曾對對比劑產生輕度過敏反應者；如蕁麻疹、嘔吐等，皆屬於高危險群患者，可先告知幫你安排檢查的醫師，評估是否有做這個檢查的必要性或沒有其他不用對比劑的替代檢查；若真有必要接受檢查，醫護人員會特別留心有無併發症出現的跡象，以便即時予以急救。
5. **務必請家屬或朋友陪同檢查。** 本檢查需注射對比劑，有時會有對比劑過敏反應發生，假如如過敏情況發生時，可以有人照顧或協助處理。檢查當日如果沒有家屬陪同，請留下家屬聯絡電話。
6. 此檢查具游離輻射，若已經懷孕或可能懷孕請先告知。
7. **哺乳期婦女注射含碘對比劑時並不需暫停哺乳**，嬰兒所吸收的含碘對比劑劑量只有媽媽所接受的含碘對比劑的 0.01%。若擔心含碘對比劑對嬰兒的影響，建議從接受含碘對比劑起暫停哺乳 12-24 小時。
8. 本檢查含碘對比劑使用非離子對比劑，由全民健康保險給付，不另外收取自費金額。

六、醫師之聲明

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項檢查／治療之相關資訊，特別是下列事項：
 - ① 需實施檢查／治療之原因、步驟與範圍，檢查／治療之風險及成功率
 - ② 檢查／治療併發症及可能處理方式
 - ③ 不實施檢查／治療可能之後果及其他可替代之治療方式
 - ④ 預期檢查／治療後，可能出現之暫時或永久症狀
2. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次檢查／治療的問題，並給予答覆。

說明醫師：

(簽章)

日期：西元 年 月 日 時間： 時 分

七、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，我已瞭解有關這個檢查的說明資訊，並且我已經瞭解施行這個檢查／治療的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊。
2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解選擇其他治療方式之風險。
3. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解檢查／治療可能癒後情況和不進行檢查／治療的風險。
4. 針對我的情況、檢查之進行、治療方式等，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
5. 醫師已向我解釋，如果檢查／治療過程中發生立即性危及生命的情況，會依照應有的步驟治療。
6. 我瞭解這個檢查／治療是目前最適當的選擇，但是這個檢查／治療無法保證一定能改善病情。
7. 我已看過院方提供的知情同意影片或檢查說明暨同意書，並充分了解檢查內容與可能之副作用，可至以下網址 (<http://ok.tzuchi.com.tw>) 獲得更完整的訊息。
【大林慈濟醫院·健康 OK 棒→知情同意專區→獨立科系→認識含碘對比劑】
8. 基於上述聲明，我同意進行此檢查／治療。

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院

Dalin Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation

姓名：

與病人之關係：_____ 其他：_____

電話：_____

立同意書人：_____ (簽章)

見證人 1：_____ (簽章) 見證人 2：_____ (簽章)

(如由病人、親屬或關係人簽署本同意書，則無需見證，見證人部分得免填載)

日期：西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日 時間： _____ 時 _____ 分

八、 影像醫學科之聲明

本次檢查／治療之相關資訊，包括對比劑可能之併發症、風險及後續處理方法，醫護人員已告知病人及家屬，詢問之問題也已給予答覆。

檢查醫師：_____ (簽章)

日期：西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日 時間： _____ 時 _____ 分

九、 病人之聲明

本人（或家屬）已經對注射對比劑可能之風險說明都已充分了解也已完成閱讀此份同意書內容，我同意進行此檢查(處置、治療)。

與病人之關係：_____ 其他：_____

電話：_____

立同意書人：_____ (簽章)

見證人 1：_____ (簽章) 見證人 2：_____ (簽章)

(如由病人、親屬或關係人簽署本同意書，則無需見證，見證人部分得免填載)

日期：西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日 時間： _____ 時 _____ 分

附註：

- 立同意書人需由病人親自簽具；但病人如為未成年人或不能親自簽具者，得由醫療法第六十四條第二項規定之人員簽具。(民法規定年滿 18 歲為成年)
 - 立同意書人非病人本人者，應填載與病人之關係。依據醫療法第 64 條規定有簽署權者僅限於法定代理人、配偶、親屬或關係人等。
 - 立同意書人請務必詳閱檢查說明書，如有任何疑問或需更進一步瞭解，請於簽具本同意書前先詳細詢問相關醫師。
- (*若您拿到的是沒有醫師聲明簽章之同意書，請勿先在上面簽名)