

磁共振造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。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、 磁共振檢查說明

1. 此項檢查是將電磁波與人體內的氫質子共振產生訊號，再經電腦處理轉換成影像。所得到的影像其器官組織與病灶之間的對比明顯，也可以從不同方向的切面查看病變，可以大幅提高疾病診斷的準確性。
2. 進入檢查室後，請您平躺於檢查台上並覆蓋適當的檢查線圈，請放輕鬆、維持姿勢不動，避免因部位移動而影響影像診斷品質。檢查中，檢查台會有輕微震動感並且有各種不同的聲音，對您不會有任何傷害及不適，請放輕鬆就好。必要時請您配合吸氣、閉氣，才能得到清楚的影像。
3. 檢查時間約 40~60 分鐘，檢查前請先上廁所，以免檢查中因膀胱漲而感不適，但如果需漲尿使檢查效果更好，工作人員會事先告訴您勿上廁所。
4. 檢查室中有對講機，有任何疼痛或不適，只要您反應我們都可以馬上聽到立即為您處理。

二、 檢查前準備

- ★ 不須禁食；但檢查部位如為上腹部(Abdomen)者，需空腹六小時，包括水。
《有固定服用藥物者，可以少量水服下》。
- ★ 欲使用鎮定劑者，需空腹四小時。
- ★ 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)、腎絲球過濾率 (eGFR)』抽血檢驗值。
- ★ 如病人因病情緊急，經醫師評估後無須等候禁食／抽血檢驗值。

三、 檢查風險

1. 使用的對比劑為含釷 (Gadolinium) 的化合物，在身體組織中非常穩定，安全性非常高。急性不良反應或過敏機率低，如噁心、頭痛及眩暈等，約為 0.07%-2.4%，且多數不需特別治療；嚴重過敏反應（可能危及性命者）如休克，機率極低，約為 0.001%-0.01%。
2. 對比劑不良反應的高危險因子包括：曾對含釷對比劑有不良反應、有氣喘病史、有其他類過敏/不良反應病史。
3. 含釷對比劑主要由腎臟排出，腎功能正常之人體，靜脈注射後 24 小時會從尿液排 90%-95%。依據行政院衛生署公告：含釷對比劑有導致系統性或腎因性臟纖維病變 (Nephrogenic Systemic Fibrosis; NSF) 之嚴重不良反應，其相關之併發症可能導致病人皮膚、結締組織變厚，而抑制行動能力導致骨折或呼吸抑制，造成衰弱或死亡，此疾病之真正原因未明。目前全世界所發生 NSF 機率約有百分之四，都是發生在重度腎臟疾病及洗腎病人且曾經注射過高劑量的含釷對比劑，至目前為止此疾病不曾發生在腎功能正常的人。
4. 檢查前需審慎評估腎功能。根據臺灣衛生署建議，腎絲球過濾率 (eGFR) < 30ml/min/1.73m²，即重度慢性腎衰竭及末期腎臟病變（已接受洗腎者），應盡量不注射對比劑。若無其他可替代影像檢查，應與放射診斷醫生與臨床醫生討論 NSF 的風險，並考慮使用風險度低，正常劑量或低劑量的含釷對比劑。本院目前所使用的對比劑為低風險對比劑 (Group II)，病人發生 NSF 機率極低 (可能 < 0.07%)。
5. 長期透析病人，進行含釷對比劑的檢查可安排在透析之前。但根據 ESUR Guideline，透析可以清除釷離子，但是不會因為透析而減少發展 NSF 的風險。
6. 醫護人員會為您先施打靜脈軟針，並以生理食鹽水注射，以檢查注射血管之通暢性。但仍有少數病人，會於開始施打對比劑後，產生對比劑滲漏至皮下組織或肌肉（機率約 0.7

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

%)，而致產生局部紅腫、疼痛之現象。皮下腫痛會在數日後隨對比劑吸收而慢慢消失。含釷對比劑因施打容積小，滲透機率低，不易造成腔室症候群(compartment syndrome)。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。

五、醫師補充說明

1. 上腹部(Abdomen)的檢查為求有清楚影像以評估膽囊，請禁食六小時，亦不可喝水，有固定服用藥物者可以少量開水服下，不可自行停藥（如：高血壓或心臟病藥物）。未禁食，食物在胃及十二指腸可能造成假影，會使得檢查影像無法判讀或得重新安排檢查時段。
2. 幼童或小朋友，檢查前請減少睡眠，當天儘量不吃早餐，必要時請醫師開立鎮定藥物(因藥物略有苦辣味，避免服用時嘔吐造成食物嗆到呼吸道)，以利檢查順利完成。
3. 檢查室為強磁場區，檢查前請更換病人服並請取下金屬物品(例如：髮夾、耳環等)。體內部分金屬植入物可能導致嚴重傷害並不適合此項檢查，為了您自身安全，請務必告知檢查室醫護人員，檢查前請詳細閱讀並填妥【磁振造影檢查安全需知】。
4. 本檢查需配合靜躺於檢查台上，如受檢者狀況特殊請先行告知。（例如：小朋友無法配合平躺或受檢者體力無法負荷或有密閉恐懼症者）。
5. 若已經懷孕或可能懷孕請先告知。
6. 注射對比劑後繼續哺乳是安全的。接受含釷對比劑後，24 小時內乳汁中有微量(< 0.04 %)含釷對比劑。若母親仍有疑慮，可於注射後暫停哺乳 12-24 小時，也可建議注射前先行集乳。

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，並且我已經瞭解檢查／治療可能癒後情況和不進行檢查／治療的風險。
3. 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。
4. 醫師已向我解釋，如果檢查／治療中發生立即性危及生命的情況，會依照應有的步驟治療。
5. 我瞭解這個檢查／治療可能是目前最適當的選擇，但是無法保證一定能改善病情。
6. 我已看過院方提供的檢查說明暨同意書或知情同意的影片，並充份了解檢查內容與可能之副作用。可聯結至下列網址 (<http://ok.tzuchi.com.tw>) 以獲得更完整的訊息。
【大林慈濟醫院·健康 OK 棒→知情同意專區→獨立科系→認識 MRI 磁振造影檢查】
7. 基於上述聲明，我同意進行此檢查，且已確實閱讀並完整填寫【磁振造影檢查安全需知】。

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

☐ 因病情緊急／需求，且病人無行為表達能力，且病人家屬不在現場，依醫療法第 63、64 條第一項但書之規定，為病人進行必要之檢查／治療，以維護病人生命安全。_____

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

☐ 因病情緊急／需求，且病人無行為表達能力，且病人家屬不在現場，依醫療法第 63、64 條第一項但書之規定，為病人進行必要之檢查／治療，以維護病人生命安全。_____

附註：

- ① 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）
 - ② 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。
 - ③ 立同意書人請務必詳閱說明書，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）