

姓名：  
病歷號：  
出生日(民國)：  
病床號：門診

## 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

# 電腦斷層模擬定位檢查說明暨同意書

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放射腫瘤科櫃台。電話：05-2648000 分機 5684。

### 一、電腦斷層模擬定位檢查說明

1. 電腦斷層注射對比劑檢查，經由靜脈注射對比劑後讓組織間的對比更清楚。對比劑的使用可以大大的提高腫瘤影像定位的敏感度與正確性。電腦斷層模擬定位之影像為放射線治療用，定位前衛教及檢查時間共約 60~90 分鐘。
2. 檢查前護理人員會先在您手上注射會先在您手上注射 20 號或 22 號留置針，檢查時請您呈仰躺或依定位放射師指示的姿勢，不可隨意移動身體或擺動四肢，必要時需配合吸閉氣。

### 二、檢查前準備

檢查前至少禁食 4 小時，有固定服用藥物者，不可自行停藥（例如：高血壓、心臟病、止痛藥）。糖尿病患者如有服用或注射降血糖藥物，請於檢查當日停藥。

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水腫、氣喘、血壓異常降低、心臟衰竭、休克及猝死（死亡機率約四萬至十萬分之一）。
2. 對比劑對腎臟具有毒性，尤其腎功能不良者（例如：慢性糖尿病患者）發生腎衰竭的機率更高。
3. 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 0.7%），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，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。
4. 患有甲狀腺亢進、嗜鉻細胞瘤、重症肌無力等患者若注射對比劑可能加劇病情嚴重度。請告知醫師或護理人員，必要時採取預防措施。

### 四、醫師補充說明

1. 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）。未禁食會使得檢查影像無法判讀或是得重新安排檢查時段。且本檢查需注射對比劑，有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. 為避免乳酸血症，糖尿病患者如有服用【克糖/美克糖 Metformin】、【克糖美錠 Glucomet】、【Glimet 利控糖】、【Galvus Met 高糖優美】、【Janu Met 捷糖穩】這 5 種藥物者，請於檢查當日與檢查後二日停藥。請參閱預約通知單或掃描 QR code。



【糖尿病患者注射對比劑用藥須知 QR code】

3. 此檢查具游離輻射，若已經懷孕或可能懷孕請先告知。
4. 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。
5. 務必請家屬或朋友陪同檢查。本檢查注射對比劑有時會有對比劑過敏反應發生，假若您有過敏情況發生時，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. 檢查完畢後，門診病人需留院觀察 15 分鐘，無陪同者需留院觀察 30 分鐘，才能返家。
7. 檢查前將視病人精神意識狀況，必要時請醫師開立鎮定劑或保護性約束，以利檢查順利完成。
8. 本檢查含碘對比劑使用非離子對比劑，此費用由全民健康保險給付，不另外收取自費金額。

# 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

## 五、替代方案

如果您決定不注射對比劑來進行電腦斷層模擬定位檢查，在大多數的疾病之下，將使診斷價值與診斷的準確性大幅降低。請您與醫師討論您的決定。

## 六、醫師之聲明

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項檢查之相關資訊，特別是下列事項：
  - ①需實施檢查之原因、步驟與範圍，檢查之風險及成功率、輸血之可能性
  - ②檢查併發症及可能處理方式
  - ③不實施檢查可能之後果及其他可替代之治療方式
  - ④預期檢查後，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的問題，並給予答覆。

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可能癒後情況，和不進行檢查的風險。
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. 我瞭解這個檢查可能是目前最適當的選擇，但是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、手術並提供下列資訊予醫師參考：有下列情形者，較容易發生嚴重之對比劑反應。為維護受檢查者安全，若有下列情形者請打勾。

<input type="checkbox"/> 曾注射含碘對比劑而引起不良反應	<input type="checkbox"/> 過敏性氣喘病
<input type="checkbox"/> 曾對其他食物或藥物過敏	<input type="checkbox"/> 甲狀腺亢進或糖尿病
<input type="checkbox"/> 腎臟疾病或已知腎功能不良的情形	<input type="checkbox"/> 多發性骨髓病或嗜鉻細胞瘤
<input type="checkbox"/> 重大心臟或肺部疾病	<input type="checkbox"/> 無以上情形

## 【電腦斷層模擬定位注射對比劑檢查同意書】

本人（或家屬）已經與醫師討論過接受電腦斷層模擬定位檢查的效益、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。

立同意書人（簽章）：

與病人之關係（請圈選）：本人、配偶、父、母、兒、女、其他：\_\_\_\_\_

日期：西元 年 月 日 時間： 時 分

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 64 條第 2 項規定之人員簽具。
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）