

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院

核子醫學科碘-131 治療說明暨同意書

病歷號： 姓名： 出生(民國)： 床號： 身份：☒健保 ☐自費

有關您即將接受治療的效益、治療的方式、內容及風險的書面說明，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對這個治療仍有疑問，請您再與您的醫師充分討論，醫師會很樂意為您解答，讓我們一起為了您的健康努力。

一. 擬實施之治療

(一)疾病名稱：甲狀腺癌

(二)建議治療名稱：碘-131 治療，建議劑量_____mCi

(三)治療之適應症：

利用甲狀腺組織及分化良好之甲狀腺腫瘤細胞專一攝取碘的特性，做為針對甲狀腺癌廓清、復發、轉移之治療。

(四)治療之方式：

碘-131 治療以膠囊或溶液等型式給予並配合溫開水吞服。治療劑量大於(含) 30 mCi (30 毫居里)的病人通常需住院隔離二至三天。

(五)治療風險、可能的副作用：(沒有任何醫療處置是完全沒有風險的，以下所列的風險已被認定，但是仍然可能有一些醫師無法預期的風險未列出。)

(1)碘-131 治療後，可能會有暫時性之食慾不振、噁心、腸胃不適、頸部或肌肉酸痛、唾液腺腫痛、膀胱發炎等症狀。建議隨時補充水份，保持口腔濕潤，也可自備維他命C含片以減緩不適症狀。

(2)住院中若有任何身體不適(聲音沙啞、喉嚨痛、頸部微腫、噁心、嘔吐)之現象，請以電話或按壓叫人鈴與護理站聯絡。

(3)血球數目可能會有輕微降低，通常二到三個月內恢復。請於您原來的門診追蹤即可。

(六)需配合的注意事項：

(1)若您懷孕或有懷孕之可能，不可接受本治療，請事先告知醫療人員。

(2)若您當天無法前來，請至少於前一週通知我們取消或延後治療時間。

(3)執行碘-131 治療前，需依照醫囑停用甲狀腺素四週，並於治療前四週遵守低碘飲食。如使用人工甲促素注射，請配合主治醫師醫囑治療。

(4)碘-131 服藥後 2 小時才可開始吃東西、喝水，以利碘-131 之吸收。

(5)服用碘-131 後請多喝水，約 3000cc/天(約 500cc 水杯 6 杯)，常解尿，並請常洗手，但勿快速大量飲水，避免造成身體上的不舒適。

(6)於治療中請務必留在您的房間內，不要擅自離開您的房間，除非有緊急狀況，經醫護人員檢測許可後才能離開病房。

(7)請配合本院垃圾分類措施將沾染分泌物之垃圾廢棄物丟進鉛製隔離垃圾桶。

(8)為避免電沖式馬桶與排污管路阻塞或損壞，嚴禁將異物丟進馬桶內，請務必配合；若個人行為造成阻塞或損壞則需全額賠償相關處理修繕費用。

(9)停用甲狀腺素者，碘-131 治療出院後隔天即可恢復使用甲狀腺素。

(10)治療後三天內，病患應多喝水、勤排尿，以減低體內輻射劑量。

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院

核子醫學科碘-131 治療說明暨同意書

- (11)治療後三至四週內避免和小孩、孕婦親密接觸(至少一公尺以上距離即可)。
 - (12)治療後如廁後仍應沖水二~三次及勿與家人共用碗筷，持續一至二週。
 - (13)治療後須依回診時間返院追蹤治療。
 - (14)住院中因病患隔離安全需求，治療病患須同意 24 小時攝影監視。
 - (15)避免口對口親吻及性接觸，男性病患建議三個月後再生育，但仍可擁有性生活；約 25%女性會暫時性經期/量改變或無月經，建議半年到一年後再懷孕；女性病人在治療後應停止哺乳（下一胎可重新餵母乳）。
 - (16)治療後三個月內機場的輻射偵測器有可能會偵測到體內殘留的碘-131，若準備出國者可向本院核醫科申請曾接受治療的證明文件。
- (七)醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋：(如無，請填寫無)
- 無

二、醫師之聲明

- 1.我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項治療之相關資訊，特別是下列事項：
 - 需實施治療之原因、步驟與範圍、治療之風險及成功率
 - 治療併發症及可能處理方式
 - 不實施治療可能之後果及其他可替代之治療方式
 - 預期治療後，可能出現之暫時或永久症狀
 - 如另有治療相關說明資訊，我並已交付病人

主治醫師：

(簽章)

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院

核子醫學科碘-131 治療說明暨同意書

(續下頁)

三、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，我已瞭解有關這個治療的說明資訊，並且我已經瞭解施行這個治療的必要性、目的、步驟、風險、藥物副作用、可能合併症、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，並且我已經瞭解治療可能預後情況和不進行治療的風險。
4. 針對我的情況、治療之進行、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，治療的期間，若有身體上的不適，可以請教我的醫師。如果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. 我瞭解這個治療可能是目前最適當的選擇，但是這個治療無法保證一定能改善病情。
7. 我已充分瞭解並同意由貴院施行碘-131 治療，且本人相信貴院的醫師及護理人員也會善盡責任。若有緊急情況發生，同意接受貴院必要的處置，特立此書為証。
8. 基於上述聲明，我同意進行碘-131 治療。

立同意書人均瞭解貴院為教學醫院，為了提供更優質的醫療服務，在不影響病人隱私與顧及病人安全的情況下，同意由醫療照護團隊，進行各項診療服務及相關之教學活動。

說明醫師：

(簽章)

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且已完成閱讀此同意書內容，並且保有此資料副本一份。

與病人之關係：

其它：

病人(或家屬)：

(簽章)

見證人：

見證人：

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。

(*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)