

國防醫學院三軍總醫院放射診斷部

電腦斷層攝影檢查說明暨同意書

姓名_____男
女 出生日西元_____年_____月_____日病房/床號_____病歷號_____

本人因罹患_____須接受電腦斷層攝影檢查，有關上述之檢查及治療之原因、過程、成功率及可能之併發症與危險，均由醫師詳加解釋，本人及家屬完全了解過程及可能發生之併發症，並且有義務告知所有相關親友，同時相信及同意醫師和醫療人員在緊急情況下，必已善盡診療責任，避免意外發生，並進行適當的處理。說明內容如下：

壹、檢查目的：

電腦斷層攝影對於頭部、胸腹部、脊椎與骨骼系統的問題是很好的工具，許多部位的腫瘤都能夠藉由這個檢查來確定位置及測量大小，對周圍組織的侵犯程度亦能提供重要的訊息。在某些情況下是需要經由靜脈注射含碘對比劑，以便幫助放射科醫師對您的疾病做出較正確的診斷。

貳、當您有下列情形時較容易產生併發症：

1. 曾經接受過靜脈注射含碘對比劑或抗生素，而發生中度或是嚴重的過敏反應且需要治療者。
2. 有嚴重的藥物過敏反應、氣喘或嚴重心臟病，包括：心絞痛、心臟衰竭、心律不整等。
3. 有下列病史者，包括：多發性骨髓瘤、嗜咯性細胞瘤、鐮刀型細胞貧血、紅血球增多症。
4. 腎臟衰竭(尤其因糖尿病所引起)、癲癇或有中樞神經失調病史者。
5. 有潛在甲狀腺機能亢進情形者。
6. 有合併使用經腎臟排泄之藥物者，如：庫魯化(Glucophage)等藥物。

參、當進行該項檢查時或檢查後可能有以下併發症：

1. 少數人在注射含碘對比劑後，可能造成對比劑滲漏至皮下組織或肌肉(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，僅有極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。
2. 腎臟功能不佳者，注射含碘對比劑可能會使腎臟功能更加惡化。
3. 部分受檢者在注射含碘對比劑時會發生噁心、嘔吐、熱或痛感、頭暈、打噴嚏等，通常在短時間內會消退，但嘔吐後可能導致異物嗆入和吸入性肺炎。
4. 有過敏體質者，可能引起較嚴重的反應，如：全身蕁麻疹、呼吸困難、氣喘、喉頭腫脹、支氣管攣縮、血壓降低、心肺衰竭休克或腎功能損傷(可能導致腎衰竭而需要緊急性或終身洗腎)。
5. 所有不良反應的發生率約為 3.1%至 12.7%，而嚴重的全身性反應發生率約為 0.04%至 0.2%，死亡率約為十萬分之一。

肆、檢查注意事項及檢查過程：

檢查前：

1. 檢查前請先填妥檢查同意書。
2. 需注射含碘對比劑者，檢查前必須禁食 4 小時。檢查當天仍可適量喝水及服用原使用藥物(如：高血壓、心臟病藥物等)。**※但在當天檢查結束前請暫時停用糖尿病藥物**
3. 請攜帶檢查申請單、同意書及健保 IC 卡，建議提前 15-20 分鐘到達放射診斷部登記室報到。

檢查中：

1. 因檢查需求，部分腹部與骨盆腔檢查在檢查前 30-60 分鐘會請您喝水或口服稀釋的含碘對比劑，以利腸胃道顯影輔助診斷，如於喝水或對比劑的過程中有噁心、嘔吐、腹脹或腹痛等情形無法繼續時請勿勉強，可隨時停止，並告知醫護人員。
2. 會請您平躺於檢查台上，再依檢查部位將檢查台移至定位處。
3. 若受檢者為嬰幼兒或無法配合者，可請一位未懷孕的家屬進檢查室陪同。
4. 若於檢查過程中為您注射含碘對比劑，**您可能會感覺到一陣灼熱感或口中有一股苦味，這是正常的現象**，但有任何不適請立即告知醫護人員處理。

檢查後：

1. 未注射含碘對比劑者，檢查結束後可立即返家；有注射含碘對比劑者，醫護人員會請您在候診區休息並觀察約 30 分鐘，確定無任何不適後才會為您移除留置針頭並固定再讓您返家。
2. 請多喝水以利含碘對比劑排出體外。
3. 打針處若有紅腫情形，可先冰敷 2-3 天再熱敷，待症狀消除即可。
4. 如有任何不適，請告知醫護人員或儘快到鄰近醫療院所就醫。

續反面

※請配合填寫下列「過敏及特殊病史安全查檢表」,填寫目的是讓醫護人員瞭解您的個人狀況以做為檢查參考。

1. 以前是否接受過電腦斷層、血管攝影、靜脈注射腎孟攝影或其他注射含碘對比劑之檢查?	否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/>
2. 以前接受檢查時有無因注射含碘對比劑產生過敏?或其他檢查有過敏病史?如:皮膚癢、起紅疹、眼皮浮腫、呼吸急促、呼吸困難等。若「是」請說明症狀:	否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/>
3. 是否有腎臟疾病或腎功能不良病史?	否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/>
4. 以前服用藥物是否有過敏現象? 若「是」請說明藥物名稱:	否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/>
5. 是否對特定食物過敏? 若「是」請說明食物名稱:	否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/>
6. 是否有氣喘、鼻竇炎、糖尿病或甲狀腺機能亢進病史?若「是」請說明疾病名稱:	否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/>
7. 是否有慢性肝炎或肝硬化病史?	否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/>
8. 是否有家人屬於過敏體質?	否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/>

9. 最近3個月 Creatinine: _____ mg/dL (此項由醫護人員填寫)

立同意書人簽章: _____ 與病人之關係: _____

近期聯絡資訊:(以利通知病人回診)

聯絡人: _____ 電話: _____

地址: _____

說明醫師簽章: _____

此致 國防醫學院三軍總醫院

西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

附註:

- 一、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。
- 二、本檢查或治療同意書除下列情形外,應由病人親自簽名:
 1. 病人為未成年人或因故無法為同意之表示時,得由法定代理人、配偶、親屬或關係人簽名。
 2. 病人之關係人,係指與病人有特別密切關係之人,如伴侶(不分性別)、同居人、摯友等;或依法令或契約關係,對病人負有保護義務之人,如監護人、少年保護官、學校教職員、肇事駕駛人、軍警消防人員等。
 3. 病人不識字,得以按指印代替簽名,惟應有二名見證人於指印旁簽名。
- 三、醫療機構應於病人簽具檢查或治療術同意書後三個月內,施行檢查或治療術,逾期應重新簽具同意書,簽具同意書後病情發生變化者,亦同。
- 四、檢查或治療術進行時,如發現建議項目或範圍有所變更,當病人之意識於清醒狀態下,仍應予告知,並獲得同意,如病人意識不清醒或無法表達其意思者,則應由病人之法定或指定代理人、配偶、親屬或關係人代為同意。無前揭人員在場時,檢查或治療術負責醫師為謀求病人之最大利益,得依其專業判斷為病人決定之,惟不得違反病人明示或可得推知之意思。
- 五、醫療機構為病人施行檢查或治療術後,如有再度為病人施行檢查或治療術之必要者,仍應重新簽具同意書。
- 六、醫療機構查核同意書簽具完整後,應連同病歷保存。

<特殊狀況說明>

因病情需要或其他緊急狀況,雖病人檢查前準備不足(如:禁食時間不夠、無腎功能檢驗報告或報告未發...等),但經臨床醫師與病人或其家屬充分解說並了解其可能風險與併發症後,同意執行該注射含碘對比劑之檢查以利診斷,簽名如下:

臨床醫師簽章: _____

立同意書人簽章: _____ 與病人關係: _____