

國防醫學院三軍總醫院

放射診斷部

磁振造影檢查同意書暨安全查檢表

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

本人因罹患_____須接受磁振造影檢查，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>

壹、檢查目的：

磁振造影所得到的影像，其組織器官與病灶之間的對比明顯又可從多切面查看病變，能輔助醫師判讀疾病並給予適當的處置，且本檢查為非侵入性、無輻射線，是先進的檢查儀器。

貳、禁忌事項：當您有下列體內植入物或特殊情形者，請主動告知本部醫療人員，並請確實在「陸、安全查檢事項」中做說明。

1. 裝有心臟節律器、人工心臟瓣膜、動脈瘤止血夾者。
2. 裝有人工耳蝸、下腔靜脈過濾網、Swan-Ganz 導管(肺動脈導管)、體內胰島素注射器、體內電擊或刺激器、植入之藥物注射器者。

※ 有 1.~2. 植入物者可能不宜接受磁振造影檢查，請先參照原廠說明書(或聯絡原廠商)並與您的主治醫師討論確定可以執行此項檢查，有任何不確定因素均不應冒然進入檢查室。

3. 體內或眼眶內有殘留金屬碎片者。
4. 已懷孕者。至少在確定懷孕 14 週以上較無安全疑慮。
5. 躁動、神智不清、無法安靜平躺者。
6. 有密閉空間恐懼症者。

※ 有 3.~6. 情形者，請先與您的主治醫師討論是否可接受此項檢查。

參、當進行磁振造影檢查時或檢查後可能有以下併發症：

1. 檢查過程中身體可能有過熱的情形產生，可能是機器無線電頻所造成，若身體感覺嚴重不適，請立即告知放射師。
2. 體內有上述之植入物且不宜做磁振造影檢查者，若冒然進入檢查室，可能會使植入物功能失效、位移、脫落...等情形，嚴重可能會對生命安全造成傷害。

肆、經靜脈注射含釷(Gadolinium)對比劑之注意事項及可能併發症:(以下內容依據 2017 年中華民國放射線醫學會對比劑手冊說明)

- 一、含釷對比劑在一般臨床劑量範圍內(0.1-0.2 mmol/kg)，急性不良反應或過敏機率低(約為萬分之 7 至千分之 2)，且多數不需特別治療；嚴重過敏反應(可能危及性命者)機率極低，約為十萬分之 1 至萬分之 1。
- 二、為避免含釷對比劑通過胎盤而影響胎兒，懷孕婦女非必要建議不注射釷對比劑；哺乳期婦女注射含釷對比劑後，24 小時內乳汁中有微量(< 0.04%)含釷對比劑殘留，一般建議可以持續哺乳，若仍有疑慮，可於注射對比劑 24 小時後再進行哺乳。

續反面

三、腎因性全身纖維化 (Nephrogenic Systemic Fibrosis, NSF)

1. 一般腎功能正常之受檢者，注射含釷對比劑後產生 NSF 機率極低；但第四期或第五期慢性腎臟病者，約有 1-7% 機率可能造成 NSF。對腎功能異常等高風險者，應優先考慮其他不需注射含釷對比劑的影像檢查，如：超音波...等。
2. 風險因子：
 - i. 因任何原因接受透析治療者。
 - ii. 慢性腎臟病第四期或第五期（即估計腎絲球過濾率小於 $<30 \text{ mL/min/1.73m}^2$ ）且尚未透析治療者。
 - iii. 急性腎衰竭者 (Acute kidney insufficiency)。
3. 使用原則：依照衛生福利部 2011 年 8 月 4 日公告使用含釷對比劑前，需至少檢視三個月內之腎功能 (Serum Creatinine) 檢測結果，以了解受檢者之腎功能及是否有急性腎衰竭。

※ 注意：有上述風險因子或無已知腎功能異常等相關病史者，檢查前請先與您的主治醫師討論是否適合注射含釷對比劑或改做其他替代檢查，以確保安全。

伍、檢查過程及注意事項：

檢查前：

1. 填寫本「檢查同意書暨安全查檢表」。(請確認您的主治醫師是否已簽章)
2. 檢查前不需任何準備與空腹，檢查當日請勿化妝、使用髮膠或髮夾...等，衣物請盡量著無拉鍊或金屬成分之輕便服裝(現場也備有檢查袍可供更換)。
3. **腹部檢查(不含脊椎)請空腹至少六小時**，但可少量飲水與服用日常藥物。小於 12 歲或可能無法配合平躺不動一小時的小朋友，前一日請務必使其睡眠減半，當天儘量不吃早餐，以利鎮靜藥物使用(因藥物略有苦辣味，避免服用時嘔吐造成食物噎到呼吸道)。

※ 注意：體內裝有血管夾者，請先確認為磁振造影適用材質並於檢查當日檢附相關證明；有心律調節器且確認可接受磁振造影檢查者，請自行約廠商於檢查當日到場設定。

檢查當日：

4. 攜帶檢查申請單、檢查同意書暨安全查檢表及健保卡到放射診斷部登記櫃檯辦理報到手續。(若健保卡無照片或照片不清晰，請另出示有照片之身分證件以利核對身分，如：身分證...等)
5. 移除所有含金屬成分的衣物、飾品...等，並更換檢查袍。
6. 如您有「陸、安全查檢事項」中所列之體內植入物或其他特殊情形者，請於檢查前主動告知本部醫療人員。
7. 需注射對比劑但無本院腎功能檢驗報告者 (Creatinine、BUN、eGFR)，請於檢查前出示其他醫療院所或健檢機構最近一個月內之腎功能報告以供參考。

檢查中：

1. 您需平躺於檢查床上，放射師會先在檢查部位安裝特殊線圈，檢查時請保持不動。
2. 機器運轉時會反覆發出類似敲打的声音，檢查室會提供耳塞以降低噪音。
3. 依病情需要有時會注射含釷對比劑。
4. 嬰幼兒受檢可由家屬進檢查室陪同(各種注意事項與受檢者相同)。

檢查後：

1. 注射含釷對比劑者，需觀察 20 分鐘確定無明顯不良反應再請護理師幫您拔針離開。
2. 返家後應多喝水促進藥物代謝(腎功能不良者需由專業醫師評估)。

續反面

陸、安全查檢事項

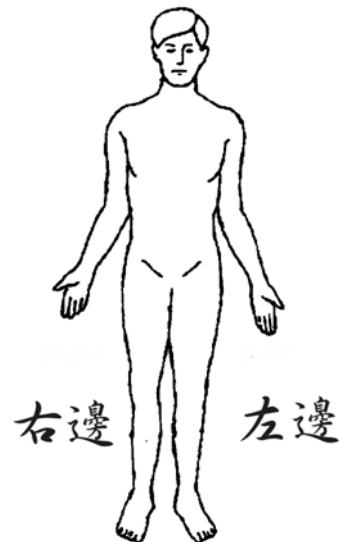
※以下問題請仔細填寫，若有任何疑慮請與您的主治醫師討論

1. 請問您過去有無開刀或手術病史？ 沒有 有，若有請於下方逐條列出：
手術種類：_____日期：_____
手術種類：_____日期：_____
2. 請問您過去有無接受任何核子醫學檢查？ 沒有 有，日期：_____
3. 請問您是否從事與金屬相關行業(如:製造或加工)或曾經眼睛受到金屬創傷？
沒有 有，若有請列出：_____
4. 請問您目前是否懷孕(女性回答)？ 沒有 有，懷孕____週(超過14週較無安全疑慮)
5. 請問您現在是否接受人工受孕(女性回答)？ 沒有 有
6. 您的檢查可能需要注射對比劑，請問您最近的抽血檢驗報告中有無腎功能異常或目前正在洗腎中？ 沒有 有(如仍需注射對比劑，建議當日檢查結束後安排洗腎)
7. 請問您過去是否有藥物過敏病史？ 沒有 有，請列出：_____
8. 請問您過去是否在磁振造影檢查中因注射含釷對比劑而造成嘔吐、氣喘、噁心或皮膚性蕁麻疹…等病史？ 沒有 有，請列出檢查項目與不良反應情形：_____

若有下述植入物或情形者，可能在檢查中對身體造成傷害或不良影響，請仔細回答下列問題：

<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 心律調節器
<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 植入型心臟去震顫器
<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 血管夾
<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 頸動脈血管夾
<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 耳蝸內植入物或助聽器(請於檢查前移除)
<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 任何種類之義肢或人工關節 部位_____
<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 人工心臟瓣膜
<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 血管內支架、濾網或線圈
<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 脊髓或腦室內引流管
<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 血管注射口或導管
<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 任何可被磁場吸住之植入物
<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 子宮內避孕器
<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 紋身(身體、眼線、嘴唇等)
<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 金屬碎片或子彈炮彈碎片
<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 體內節律導線
<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 金屬縫合線或縫合釘
<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 骨頭關節之鋼釘、鋼板、針…等
<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 活動式假牙 (請於檢查前移除)
<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 呼吸失調症
<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 幽閉恐懼症
<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 其他體內植入物 _____
<input type="checkbox"/> 以上所述全部沒有

請於下圖中標示您體內或體表的金屬物質或植入物(劃一小圈)



*在進入檢查室之前，請移除所有金屬物質，如鑰匙、髮夾、別針、迴紋針、錢包、皮帶、銅板、刀子、信用卡、金屬扣衣物、筆....等。

續反面

說明醫師簽章：_____

立同意書人簽章：_____ 與病人關係：_____

(未滿 20 歲之未成年人請由法定代理人簽具)

<近期聯絡資訊>

聯絡人：_____ 電話：_____

地址：_____

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。