

# 國防醫學院三軍總醫院

## 放射診斷部

### 冠狀動脈電腦斷層血管攝影術說明暨同意書

姓名 \_\_\_\_\_ 男  
女 出生日西元 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 病房/床號 \_\_\_\_\_ 病歷號 \_\_\_\_\_

本項檢查前的準備

填寫同意書

檢查前六小時禁食任何食物。

禁食期間，仍可服用由臨床醫師指示之藥物；

但糖尿病人者應停止服用“降血糖藥物”及停止注射針劑胰島素。

檢查當日

應攜帶證件、批價單及本同意書(請填妥)。

按預約時間提早二十分鐘前到達檢查地點登記。

說明內容：

一、注射對比劑可能發生的併發症：

1. 少數人在注射對比劑時，會發生輕微全身性溫熱，感覺噁心、嘔吐、頭暈、打噴涕或鼻塞等症狀，但通常會在短時間消退。
2. 具“過敏性體質”者可能引起較嚴重的反應，如局部性皮炎、全身性蕁麻疹、寒顫、胸悶、呼吸困難等症狀。
3. 具“特異性體質”者在注射對比劑後，可能發生極罕見的喉頭水腫、氣喘、血壓降低、心肺衰竭、休克及猝死（發生率約拾萬分之一）等副作用。
4. 曾罹患心臟疾病、氣喘、腎功能不良、七十歲以上之患者、及因注射對比劑引起不良反應者，發生不良反應可能性較高。
5. 本檢查一律使用安全性較高的非離子性對比劑。

為了受檢者安全，請針對下列問題擇一  勾選

1. 受檢者  有  沒有：作過本項檢查及接受注射對比劑。

2. 受檢者  有  沒有：使用藥物或食物發生不舒服〈過敏〉之經驗。

3. 受檢者  有  沒有：甲狀腺機能亢進。

4. 受檢者  有  沒有：氣喘病

5. 受檢者  有  沒有：心臟血管疾病

6. 受檢者  有  沒有：糖尿病。

7. 受檢者  有  沒有：腎功能不良

二、冠狀動脈電腦斷層血管攝影術檢查是利用X-光的技術產生影像，因此對人體會造成輻射劑量，其劑量約16毫西弗。

三、本人因 \_\_\_\_\_ 須接受冠狀動脈電腦斷層血管攝影術檢查，有關上述之檢查及治療之原因、過程及可能發生之併發症及危險，均由醫師詳加解釋，本人或家屬已瞭解檢查及治療過程之必要性及併發症，同時相信醫師和醫療人員必會善盡治療責任，避免意外發生，如遇緊急狀況，同意醫師和醫療人員進行適當的處理。

四、檢查時間：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 午 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分。

報到地點：內湖院區醫療大樓一樓 高階醫學影像中心。

如有事需更改時間者，請先電洽改期 電話：(02)87923311轉分機17493。

續反面

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。