

國防醫學院三軍總醫院放射診斷部

子宮輸卵管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_____須接受子宮輸卵管攝影檢查，有關上述之檢查及治療之原因過程成功率或可能之併發症及危險，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：

檢查兩側輸卵管是否通暢及觀察子宮和輸卵管構造是否正常。

貳、當您有以下情形較易產生併發症(請告知並與您的主治醫師討論)：

1. 月經未乾淨(仍有大量血塊)。
2. 不明原因子宮出血、已經懷孕。
3. 急性骨盆腔炎。
4. 近期作子宮內膜搔刮術(月經規則術)或子宮擴括術
5. 對對比劑過敏者。

參、當進行該項檢查時或檢查後可能有以下併發症：

1. 因腹膜反應引起的下腹疼痛、嚴重出血。
2. 其他發生率較少的如：過敏反應、子宮內膜異位、膿性輸卵管破裂等。
3. 骨盆腔感染(1-2%)。
4. 使用含碘對比劑之可能不良反應。(如感染、過敏)

肆、檢查注意事項及檢查過程：

檢查前：

1. 填妥檢查同意書。
2. 必須在月經乾淨後5-7天內執行。
3. 攜帶檢查通知單、同意書、健保IC卡準時到達放射診斷部登記檢查。

檢查中：

1. 婦產科醫師以陰道窺管(vaginal speculum)張開陰道，依序再放單勾及注射器於子宮腔內。
2. 由注射器注入適量對比劑後，放射科醫師在X光透視下觀察子宮腔及輸卵管暢通情形並加以攝影。受檢者下腹可能會感覺脹痛或腰酸，這是正常現象。

檢查後：

1. 倘若醫師有為您填塞紗布於陰道內，請依照醫師指示時間自行取出即可。
2. 檢查後可能會有輕微的陰道出血，請攜帶衛生棉、護墊保持乾淨。
3. 如有身體不適，如持續腹痛、出血量過多、或過敏情況，請儘速至婦科門診或急診求診。

續反面

(子宮輸卵管攝影檢查說明暨同意書承上頁)

如果經醫師說明後你還有對這手術有任何疑問請在簽名前在與你的醫師充分討論醫師會很樂意為你解答。

伍、替代方案:這個手術的替代方案如下如果你決定不施行這個手術擔心會有危險,請與醫師討論你的決定。

※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、靜脈注射腎盂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. 以上皆無

10. 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。