

國防醫學院三軍總醫院

放射診斷部

排尿性膀胱與尿道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_____須接受排尿性膀胱與尿道攝影檢查，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：

本檢查最主要診斷有無膀胱-輸尿管尿液逆流情形，及膀胱、尿道異常病變之問題。

貳、當您有以下情形較易產生併發症：

對對比劑引起的不良反應及過敏現象。

參、當進行該項檢查時或檢查後可能有以下併發症：

1. 因放置導尿管而造成檢查完後出現血尿、解尿痛、排尿困難等症狀。
2. 逆行性的泌尿道感染。
3. 尿道損傷。
4. 膀胱破裂機率極低。

肆、檢查注意事項及檢查過程：

檢查前：

1. 填妥檢查同意書。
2. 檢查前三天不宜做消化道鋇劑檢查，以免殘留鋇劑於腸道而影響檢查之進行。
3. 病人如是嬰幼兒請備用尿布。
4. 請攜帶檢查通知單、同意書、健保 IC 卡準時到達放射診斷部登記檢查。

檢查中：

1. 您需要平躺在檢查台上，檢查人員將消毒您的尿道開口處，然後蓋上消毒布巾。
2. 在 X 光透視下以導尿管置入膀胱內把小便排空，再注入適量對比劑於膀胱內。
3. 攝影膀胱正面及斜位相，然後在 X 光透視下請病人解尿，進而查看尿道的情況及膀胱輸尿管是否有逆流。

檢查後：

1. 多喝水，以利對比劑儘快由小便排出。
2. 如有明顯血尿、尿道不適及疼痛現象時，請至泌尿科門診就診。

續反面

下列過敏及特殊病史查檢表是有關您即將接受的檢查之安全查檢表，目的是讓醫療人員瞭解您的狀況，以做為檢查作業之參考，請配合填寫。註：需施打對比劑者才需填寫此表

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對比劑之檢查？否 是
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)?(皮膚癢、起疹子、眼皮浮腫、呼吸急促、困難等) 否 是 ; 是否有腎臟疾病或腎功能不良病史？否 是
3. 以前服用藥物是否有過敏現象？否 是 藥物名稱: _____
4. 是否對特定食物過敏？否 是 食物名稱: _____
5. 是否有氣喘或鼻竇炎或糖尿病或甲狀腺機能亢進病史？否 是 疾病名稱 _____
6. 是否有慢性肝炎或肝硬化病史？否 是 ; 家人當中是否有過敏體質？否 是 _____
7. 最近三個月 Creatinine: _____ mg/dl

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。