

國防醫學院三軍總醫院

放射診斷部

脊髓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_____須接受脊髓攝影檢查，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：

脊髓攝影檢查是經由腰椎穿刺術，將含碘之水溶性對比劑注入脊椎管內的蜘蛛網膜下腔，並於 X 光透視下檢查脊髓和脊神經的一種特殊檢查。本檢查可評估如椎間盤突出症、脊椎管內腫瘤、脊椎管狹窄等病變，以提供醫師診斷及治療的重要資訊。本檢查必須要住院進行。

貳、當您有下列情形就不適合做脊髓攝影：

1. 曾對含碘對比劑過敏者。
2. 有氣喘病、慢性腎臟病、肝功能、腎功能異常，及其他藥物過敏病史等等。
3. 懷孕婦女。

參、當進行該項檢查時或檢查後可能有以下併發症：

1. 對比劑過敏症狀可能有皮膚出現癢疹、噁心、嘔吐、偶爾有呼吸困難、血壓降低等比較危險，需要緊急處理的情形，機率約千分之一到萬分之一。
2. 腦脊髓液滲漏，穿刺後的傷口持續滲漏少量的腦脊髓液，可能引起頭痛。
3. 感染。
4. 頭部、脊髓血管的血栓或氣栓。

肆、檢查注意事項及檢查過程：

檢查前：

1. 填寫檢查同意書。
2. 檢查前 4 小時禁食。
3. 檢查時最好有一位家屬陪同，推床並攜帶病歷、檢查單、同意書及健保 IC 卡準時到達放射診斷部登記受檢。

檢查中：

利用腰椎穿刺術，在局部麻醉後穿刺腰椎的蜘蛛網膜下腔注射對比劑，顯現出脊髓腔內的輪廓。再變換病人的位置，照出各個部位，不同角度的影像。注入的對比劑將在一兩天之內，由身體吸收、代謝、排出，不會長期留在體內。有的時候為了得到更多的資料，除了傳統的攝影外，可能還需要加做脊椎或頭部電腦斷層攝影，整個檢查時間大約 1-1.5 小時內。

續反面

檢查後：

1. 會在穿刺部位貼上一小塊紗布，傷口請勿碰水，隔日可自行拿掉。
2. 如無噁心等不適，回病房後即可進食。
3. 請務必平躺 8 小時以上，可將床頭搖高約 30 度，但不可以坐起來。
4. 如有任何不適請立刻告知病房醫護人員，以便處理。

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。