

國防醫學院三軍總醫院

放射診斷部

靜脈注射泌尿系統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_____

本人因患_____須接受靜脈注射泌尿系統攝影檢查，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：

腎臟、輸尿管、膀胱等結石、血尿、腎臟外傷、腹腔或骨盆腔異物、尿路狹窄、背痛、腰部疼痛、評估腎臟位置及排尿功能。

貳、當您有下列情形較易產生併發症：

有嚴重心肺疾病、氣喘、懷孕(儘量避免此項檢查)、曾有藥物過敏史者，心臟病、糖尿病等。

參、當進行該項檢查時或檢查後可能有下列併發症：

可能引起局部肌肉疼痛、對藥物之過敏反應、盜汗、全身不適、發熱、蕁麻疹、呼吸困難及引起局部過敏而致休克、猝死之案例極少(約十萬分之一的機會)。

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 8 小時禁食，檢查前一日晚餐過後服用 2 粒軟便劑(Dulcolax)，同時飲用開水 1000C.C. 之後即不可吃任何東西或飲水直至檢查完畢。
3. 備妥病人簽署之同意書及自費用藥同意書。
4. 攜帶檢查單、同意書及健保 IC 卡準時到達放射診斷部登記受檢。
5. 如有對對比劑過敏史者或懷孕婦女請先告訴醫護人員。
6. 病人有潛在甲狀腺機能亢進情形者。
7. 有合併使用經腎臟排泄之藥物情形者，例如藥物：庫魯化(Glucofage) 等。

檢查中：

1. 檢查過程必須先照一張打藥前的腹部 X 光影像。
2. 在靜脈注射對比劑，會先觀察您是否有不良的反應。
3. 如果一切沒有不良的藥物反應，再依打藥後的 5 分鐘、7 分鐘、10 分鐘、15 分鐘、20 分鐘照泌尿系統的 X 光影像。
4. 最後會請您去解小便，再照一張解尿後的膀胱 X 光影像。
5. 等所有 X 光影像都顯現出可以診斷的影像，再拔除靜脈軟針即可結束檢查。
6. 因每個人的病情不同，有時也會延長檢查時間，大部分全程約 30-40 分鐘。

續反面

檢查後：

1. 多喝水，以利對比劑排出。
2. 身體有任何不適反應，請立即告知醫療人員，以便處理。

※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. 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。