

姓名：	<input type="checkbox"/> 男
病歷號碼：	<input type="checkbox"/> 女
床號：	年齡

檢查時間：_____年_____月_____日 上午 下午 _____時 _____分

請攜帶健保 IC 卡及本同意書準時到放射線科櫃檯報到，檢查當日不需掛號。若無法準時受檢，請提早聯絡本科另外安排檢查時間。如遲到則會影響其他受檢者權益，本科將視情況另行安排檢查時間。

一、注意事項：

1. 檢查部位：_____；您的醫師開立的檢查：不需要；需要 使用對比劑
2. 為提供每位受檢者最佳的醫療服務及品質，實際檢查時間依上一位受檢者狀況不同或有增減，如有延遲請您發揮同理心耐心等待。謝謝！！
3. 檢查當日請勿化妝、噴髮膠。
檢查前務必將身上金屬物品去除如：髮夾、耳環、項鍊、手錶、首飾、筆、別針、銅板、磁卡（信用卡、金融卡、捷運票）、鑰匙、指甲刀、腰帶、胸罩等。
4. 兒科檢查所需之鎮靜劑；請檢查當日至一樓藥局櫃台領取並攜帶至磁振造影室，由本科檢查人員視檢查時間再給予服用，切勿自行服用，且檢查前一天晚上讓小朋友睡眠減半，以利檢查順利完成。
5. 若為特別檢查，需禁食（_____）小時，自_____時開始（包括水、食物）。
糖尿病藥物絕不可服用，以免血糖過低。
其他如高血壓、心臟病等慢性病藥物請按原主治醫師處方服用。
6. 最近三個月 Creatinine 肌酐酸檢測值_____mg/dl
7. 磁振造影是一種在強磁場中進行的特別檢查，任何金屬物品都可能會影響檢查結果，因此為維護受檢者安全及確保檢查品質，請慎重填寫下列問題。
 - (1) 您曾經在體內植入下列器材而尚未取出？
(若有請打勾"✓"，有**粗體字**項目者請務必與本單位連絡) 體內無植入物 心臟節律器 血管瘤止血夾 人工心瓣膜 人工關節 避孕環 金屬假牙 血栓過濾裝置 神經刺激器 其他金屬物_____。
 - (2) 您曾經接受過手術嗎？無 有，請問是何種手術_____。
 - (3) 您是否藥物過敏嗎？無 有，請問是何種藥物_____。
 - (4) 您曾經有金屬碎片、異物意外嵌入眼部或頭部的病史嗎？
無 有，是否已清除？未清除 已清除。
 - (5) 您是否有其他健康上的問題需要我們特別注意？
無高血壓心臟病糖尿病腎臟功能不全其它_____。
 - (6) 對於肝臟磁振檢查，使用肝臟組織特異性的對比劑(含鐵)：有利於檢查出肝臟腫瘤的數目，提供較多的檢查資訊提高影像診斷的準確性。有意使用肝臟組織特異性的對比劑者需自行負擔藥價。藥品名稱：_____。
同意自行購買使用肝臟組織特異性的對比劑者請簽名：_____。
 - (7) 受檢者身高：_____公分，體重：_____公斤

姓名：	<input type="checkbox"/> 男
病歷號碼：	<input type="checkbox"/> 女
床號：	年齡

二、處置風險：沒有任何檢查(或醫療處置)是完全沒有風險的，以下所列的風險已被認定，但是仍然可能有一些無法預期的風險未列出。

(一)、磁振檢查經常需藉由靜脈注射對比劑，以區分病變範圍及內涵，雖則此等對比劑遠較一般X光檢查所用之對比劑安全，惟仍有極少數受檢者會產生不良反應，故如有必要注射對比劑時，請問是否同意施打對比劑？

藥品名稱：_____ 同意； 不同意

說明：本藥劑是含有 gadolinium 成份之核磁共振(MRI)對比劑，對於「嚴重腎功能不全」之患者靜脈注射對比劑時，可能發生腎因性系統性纖維化病變(Nephrogenic Systemic Fibrosis; NSF)。NSF 的患者會發生皮膚及結締組織變厚，進而抑制行動能力及可能導致骨折，其他器官同樣有變厚的風險。嚴重時甚至會發生器官衰竭死亡，另目前對於NSF之發生原因及治療方法仍未明。本科提醒受檢者在使用本對比劑時，應審慎評估可能發生腎因性系統性纖維化病變之風險。

(二)、其他發生率很低或本說明書未敘述的併發症及其他相關醫療資訊，若受檢者及家屬代表想進一步了解，請務必於簽署檢查說明書之前提出。

問題：

答覆：

可能替代方案：

醫師安排檢查或治療前均經過慎重的決策，若對於醫療處置有任何疑問，請先與您的主治醫師充分討論醫療處置之決定。依病況不同因人而異。病人可按個人之風險承受程度及其他個人因素，你可以決定接受或不接受各建議之選項。

以上經過 _____ 醫師於 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分說明；

並已完全獲得受檢者或家屬了解 同意 不同意 接受檢查

本人(或家屬)對因診斷而必須接受此磁振檢查之相關流程及風險說明業已充分瞭解，並已詳實填寫內容；本人同意由貴院施行該項檢查。深信貴院醫師及醫療人員必會善盡職責，以避免意外發生。若在執行檢查期間發生意外情況，願承擔後果並同意接受貴院必要之急護處理。

受檢者或家屬： _____ (簽章)

見證人(受檢者家屬或本院醫護人員)： _____ (簽章)與受檢者之關係：

醫療諮詢服務聯絡電話 新竹馬偕放射線科 磁振造影室 電話(03) 6889595 轉 2656
新竹馬偕放射線科 電話(03) 6889595 轉 2236