

電腦斷層掃描攝影檢查告知同意書

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

請務必攜帶健保 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。如無法準時，請提早聯絡本科另外安排檢查時間。

☆ 兒科檢查所需之鎮靜劑當天到藥局領取後再請攜帶至本科，由本科護理人員給予服用，切勿中途自行服用，且檢查前一天晚上讓小朋友睡眠減半，至少需有一名未懷孕家屬陪同，為方便檢查順利完成，敬請配合。

☆ 檢查前禁食 6 小時。 上午 下午_____時開始禁食。

☆ 否 是 曾於一周內進行任何鋇劑檢查？

體內殘存的鋇劑均可能影響本檢查的判讀結果，建議本檢查與任一鋇劑檢查（如：上下消化道透視攝影或小腸攝影等項目）時間間隔一周以上以利醫師正確判斷。

☆ 檢查前禁食時絕不可服用糖尿病藥物，以免血糖過低。

☆ 受檢者患有腎臟疾病或存在可能的腎功能不良並且同時使用降血糖藥物 metformin 時，施打顯影劑可能會造成乳酸中毒的危險。若您正在使用 metformin，請事前提醒檢查人員。

☆ 其他如高血壓、心臟病慢性病等慢性病藥物請按原主治醫師處方服用。

☆ 住院患者請護理站配合準備：

請將病歷、X 光申請單隨同本同意書於檢查時交付電腦斷層攝影室。

請留意：以下 CTA 檢查請 on 20 IC + T connect 於手肘處。

Vascular imaging	Heart and vessels	Liver (Dynamic multi-phase)
Pancreas	Brain CTA	

無特殊要求者請 on IV cap 或 keep IV line，若有任何疑問，請先行與 CT 室(2898)聯絡。

電腦斷層掃描攝影檢查說明：

此項檢查為 X 光照射後經由電腦處理影像，進一步將人體組織及器官以斷面顯示。檢查內容常需輔以”靜脈注射非離子對比劑”，作進一步診斷內容評估。檢查過程約需 10~15 分鐘。

”靜脈注射對比劑”可能產生的反應及併發症：

☆ 少數人可能產生各種不同程度反應，如：溫熱感覺、噁心、嘔吐、頭暈。

☆ 對於過敏體質者，可能引起較嚴重反應。如：蕁麻疹、寒顫、胸悶、呼吸困難。

☆ 少數特異體質者，可能發生罕見休克、猝死。（發生率約十萬分之一）

☆ 對比劑滲漏到血管外肌肉及皮下組織可能造成肌肉及皮膚壞死，嚴重時需外科清創補皮。

☆ 若曾注射含碘對比劑而引起不良反應或本身腎功能不佳者，請詳述_____



電腦斷層掃描攝影檢查告知同意書

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

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；
並已完全獲得病患或家屬了解 同意 不同意 接受檢查之施行治療。

使用藥物品項名稱：_____

※如果妳可能懷孕，請務必事先告訴醫護人員，以便我們為妳考量檢查之必要性及安全性。

本人(或家屬)對因診斷而必須接受電腦斷層攝影檢查並配合靜脈注射對比劑，對相關流程、可能發生之不良作用及其併發症說明業已充分瞭解。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)受檢者體重：_____公斤

見證人(受檢者家屬或本院醫護人員)： _____ (簽章)與病人之關係：

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
醫療諮詢服務聯絡電話 _____ 新竹馬偕放射線科 電話：(03)6889595 轉 2898