

本人已經與醫師討論過接受這個檢查/治療的相關資訊(如：實施原因、步驟、風險及替代方案等)，對於醫師的說明都已充分了解，本人同意進行檢查/治療。

目的：

利用特定同位素製劑會聚集在腦部皮質細胞的特性，評估腦部血流分布狀況。

適應症：

- 1、找出可能的癲癇病灶，以評估手術治療可行性。
- 2、輔助診斷老人失智症(阿茲海默氏症與其他原因造成的失智症)。
- 3、腦血管病變、頭部外傷之評估。
- 4、缺血性腦中風、暫時性腦缺血等腦血管問題之評估。
- 5、自體免疫疾病侵犯中樞神經系統之評估，如全身紅斑性狼瘡等。
- 6、其他神經性及精神性疾病等。

檢查流程/治療步驟：

- 1、本檢查不需禁食，藥物與食物皆可正常服用。
- 2、為避免外界刺激影響腦部活動及血流分布，在注射同位素後會以乾淨布巾覆蓋您的雙眼，並於安靜微光環境休息約 15 分鐘，待藥物吸收後再進行造影。
- 3、若癲癇陣發時可於當下即時注射同位素藥物，待情況穩定後再進行攝影。
- 4、造影時間約 40 分鐘，造影過程請您盡量維持靜止姿勢，才能獲取清晰的影像。若您於其間有任何不適，可出聲告知醫療人員予以處理。

風險/副作用/合併症/併發症：

- 1、本檢查所使用同位素非含碘對比劑，沒有對比劑過敏的問題，不適反應極為罕見。
- 2、接受本檢查所受輻射劑量甚低，不需特別防護。依據國內外文獻及實際臨床經驗，此種輻射劑量幾乎不會增加致癌機率，也不會增加不孕或後代異常的風險。
- 3、若您有懷孕的可能或是正在哺育母乳，請於核子醫學科報到時告知櫃檯與醫療人員。

注意事項：

- 1、須帶文件：IC 健保卡。
- 2、如需更改檢查日期，或對檢查流程有疑問，請至少於預約檢查前一天之上班時間與核子醫學科聯絡。上班時間：週一到週五 08：00-17：00。電話：(02)7728-1223 ；(02)8966-7000 轉分機 1223。
- 3、當日取消檢查者，請回門診重新開單，再至核子醫學科排程。
- 4、若無懷孕可能且同意檢查者，請簽名。
- 5、為了維護醫療過程中的安全與檢查治療品質，檢查室/治療室中有錄影監視設備。

醫師之聲明：

- 1、我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項檢查/治療之相關資訊，特別是下列事項：
 - (1)需實施檢查/治療之原因、檢查/治療步驟與範圍、檢查/治療風險及輸血可能性。
 - (2)檢查/治療併發症及可能處理方式。
 - (3)不實施檢查/治療可能之後果及其他可替代之治療方式。
 - (4)預期檢查/治療後，可能出現之暫時或永久症狀。
 - (5)其他與檢查/治療相關說明資料，已交付病人。
- 2、我已經給予病人充足時間，詢問上述有關本次檢查/治療的問題，並給予答覆。
- 3、如遇病人病情緊急，且病人無行為表達能力，且病人家屬不在現場，爰依醫療法第 63、64 條第 1 項但書之規定先為病人進行必要之處置，以維護病人生命安全。

病人之聲明：

- 1、醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個檢查/治療的必要性、步驟、風險之相關資訊。
- 2、醫師已向我解釋，並且我已經瞭解選擇其他檢查/治療方式之風險。
- 3、醫師已向我解釋，並且我已經瞭解檢查/治療可能預後情況和不進行檢查/治療的風險。
- 4、針對我的情況、檢查之進行、治療方式等，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
- 5、我瞭解在檢查/治療過程中，如果因治療之必要而切除部分器官或組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查報告及醫學研究，並且在之後會謹慎依法處理。
- 6、我瞭解這個檢查/治療可能是目前最適當的選擇，但是這個檢查/治療無法保證百分之百能改善病情。※基於上述聲明，我同意進行此檢查/治療。

亞東紀念醫院
腦部灌流掃描說明暨同意書

姓名

病歷號

生日

床號

其他特殊說明(病人勾選)

基於上述聲明，我同意與瞭解進行檢查/治療之原因與風險，並提供下列資訊予醫師參考：

☐有 ☐無 曾經對藥物過敏，名稱：_____

☐有 ☐無 過敏性氣喘病(若有使用噴劑，建議檢查當日攜帶。若氣喘發作而無攜帶，則給予本院吸入型支氣管擴張劑替代)

☐有 ☐無 懷孕或有懷孕可能之疑慮

編號 10000-03A

亞東紀念醫院
檢查/治療說明暨同意書

112-12 版

姓名

病歷號

生日

床號

本人已經與醫師討論過接受這個檢查/治療的相關資訊(如：實施原因、步驟、風險及替代方案等)，
對於醫師的說明都已充分了解，本人同意進行檢查/治療。

病人簽名(含與病人之關係)

立同意書人：_____ (簽章) 身分證字號：_____

連絡電話：_____

與病人之關係(請點選)：☐本人 ☐父 ☐兒 ☐其他_____
☐配偶 ☐母 ☐女

中華民國 年 月 日 時 分