

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：

正子造影原理是將去氧葡萄糖標誌上同位素氟-18(FDG)，用以偵測細胞葡萄糖代謝。一般來說，癌症細胞因生長快速，代謝率會比正常細胞高出二至十倍之多，因而可被偵測。而對於正常的組織，我們經由造影可獲知各組織新陳代謝率的變化，所以可以用來評估腦部及血管等特定區域的功能。

適應症：

目前國內健保適應症：

- 1、腫瘤方面：包括乳癌、淋巴癌之分期、治療及懷疑復發或再分期；大腸癌、直腸癌、食道癌、頭頸部癌(不含腦瘤)、原發性肺癌、黑色素癌、甲狀腺癌及子宮頸癌之分期及懷疑復發或再分期。
- 2、非腫瘤部分之適應症：包括存活心肌偵測及癲癇病灶術前評估。

其他非健保給付之適應症：

國內健保給付適應症乃考量整體保險系統負擔而定。其他未列疾病並非不適用，建議您可與主治醫師討論後自費受檢。例如根據日本厚生勞動省資料，其腫瘤之適應症範圍稍廣，包括胰臟癌、膽管膽囊癌、惡性腦瘤及原發不明癌等。其它國內外適應症包括失智症評估，以及健康檢查的癌症篩檢等。

檢查流程/治療步驟：

- 1、檢查前禁食六小時(若為糖尿病病人，請一併暫停糖尿病藥物)，可以喝無糖食料；建議前一天不要激烈運動，其他作息照舊。
- 2、靜脈注射正子藥物後約 40 分鐘後開始造影。等待藥物吸收期間請注意保暖，放鬆心情，避免交談或活動。造影前請小便解淨，造影時間約需 30 分鐘。
- 3、依診斷需求，可能於造影之後一小時加照局部延遲影像。
- 4、造影過程請您盡量放鬆，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，可山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約與電腦斷層攝影相當。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，請於核子醫學科報到時告知櫃檯與醫療人員。受檢後當天應避免長時間近距離接觸孕婦以及嬰幼兒。一般建議注射後 8 小時內不要哺乳與懷抱嬰幼兒。

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
正子斷層掃描說明暨同意書

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