

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：

利用放射性同位素製劑可被心肌細胞攝取的特性，利用核子醫學科攝影機擷取心臟影像，藉以診斷心肌病變及血流變化的檢查。

適應症：

- 1、冠狀動脈疾病(心絞痛)的診斷及評估預後(預測後果)。
- 2、血管再通術(氣球擴張術或置入冠狀動脈支架、繞道手術)後，或心臟移植後之追蹤及預後評估。
- 3、評估心肌梗塞後病人之長期預後及決定適當之治療方針。
- 4、在心血管疾病中高風險病人接受重大手術及麻醉前的術前評估。
- 5、評估心肌存活度。

檢查流程/治療步驟：

- 1、壓力負荷式心臟灌注掃描分為負荷狀態(第一階段，加藥後造影)與靜態(第二階段，只需造影)。檢查前先量身高體重，並於靜脈留置針頭以供藥物滴注，第一階段需配合心電圖及血壓監測，過程約 10 分鐘。藥物注射完後開始掃描，可得負荷態心肌灌注影像。第一階段完成後您可以離開自由活動並於定時間(約 3-4 小時後)回來作第二階段造影。每次照相時間約 5-10 分鐘。
- 2、造影過程請您盡量放鬆、正常呼吸並維持靜止姿勢，以便獲取清晰的影像。若您有任何不適或問題，可出聲告知醫療人員予以處理。
- 3、不適合接受壓力負荷測試者，可接受靜態造影。第一階段注射同位素後約 15 分鐘後造影，第二階段不用注射藥物，於 3-4 小時後於約定時間接受造影(再分佈態)。

風險/副作用/合併症/併發症：

- 1、本項檢查使用靜脈注射藥物以增加心肌血流。少數人會因血管擴張劑作用而有暫時性的胸口不適(20%)、頭暈(12.2%)、腹部不適(6%)、身體發熱(3.4%)、心悸(3.2%)等情形。僅極少數受試者出現支氣管痙攣(0.15%)、氣喘(3%)或心律不整(5%)等嚴重情形，急性心肌梗塞或死亡率為萬分之三到五。醫護人員會給予拮抗劑等必要醫療處置，將風險降到最低。
- 2、本檢查所使用同位素不是含碘對比劑，所以沒有對比劑過敏的問題，不適反應極為罕見。接受本檢查所受輻射劑量甚低，不需特別防護。依據國內外醫學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。

注意事項：

特殊注意事項：

- 1、檢查當天早餐可吃少量清淡食物，若無特別醫囑則不須停用藥物。
- 2、檢查前 6-8 小時請不要喝咖啡或茶。
- 3、有氣喘疾病者，請照常服用氣喘藥物，並於檢查當日隨身攜帶氣喘噴劑。

一般注意事項：

- 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
心肌灌注掃描說明暨同意書

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