

姓名：

病歷號：

出生年月日： 年 月 日

RO T043.電腦斷層攝影檢查說明暨同意書

此份說明書是有關您即將接受的檢查（或醫療處置）的效益、風險及替代方案的書面說明，可做為您與醫師討論時的補充資料。最重要的是我們希望您能充份瞭解資料的內容，所以請仔細閱讀；如果經醫師說明後您還有對這個檢查（或醫療處置）的任何疑問，請在簽名前再與您的醫師充分討論，醫師會很樂意為您解答，讓我們一起為了您的健康努力。

一、醫療處置目的：

醫療處置名稱：電腦斷層攝影檢查（CT）。

醫療處置內容：電腦斷層攝影檢查（CT）電腦斷層機是一個大而方形的機器，中央有一個空槽及一個可移動的檢查台。放射師會要求你躺到檢查台上，在調整好適當的位置後，放射師將離開檢查台到隔壁的控制室，你可以由通話器與放射師連絡，在某些情況下，或是孩童需做檢查時，可允許一位家屬在檢查室內陪伴。在檢查的過程中，檢查台會慢慢的移動到電腦斷層機器中，並藉由 X 光照射以取得影像，整個過程約需 10 分鐘到 30 分鐘不等。依檢查的不同，檢查的過程中有時會請你先服用造影劑，或者幫你注射造影劑，在注射造影劑，醫護人員通常會事先詢問你有無藥物過敏的病史，或者有無氣喘、心臟病、腎臟病或甲狀腺方面的疾病。因為這些狀況都有可能引起造影劑對你的不適。

二、醫療處置效益：（經由醫療處置，您可能獲得以下所列的效益，但醫師並不能保證您獲得任何一項；且醫療效益與風險性間的取捨，應由您決定。）

電腦斷層是結合一種 X 光與電腦科技的診斷工具，利用電腦將資料組合成身體橫切面的影像，將這些橫切面的影像再進一步的組成精細的 3D 立體影像。電腦斷層攝影對於頸部、胸部、腹部與脊椎的問題是很好的工具，許多部位的腫瘤，例如：肺、肝、胰臟腫瘤能夠藉由這個檢查來確定位置及測量大小，對周圍組織的侵犯程度亦能提供重要的訊息。利用在創傷的病人身上，電腦斷層可以快速診斷出腦、肝臟、胰臟、腎臟或其他體內器官的傷害情形。

三、醫療處置風險：（沒有任何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醫師無法預期的風險未列出。）

（一）檢查前注意事項：

1. 檢查時請穿著舒服輕便的服裝，或者依醫護人員指示換上檢查衣，衣服上不要有金屬的飾物，因為金屬物質會干擾到電腦斷層的影像。
2. 視照射部位不同，你可能會被要求取下髮飾、首飾、眼鏡、助聽器或者是活動式的假牙。
3. 如果你有可能已經懷孕或計劃懷孕，則不適合接受該檢，並請在照射前告知放射師。
4. 檢查當日，體弱不適或需施打顯影劑者需有家屬陪伴。

你是不需要使用造影劑，以下內容可忽略。

5. 依注射情況的不同分如下：

- (1) 不注射造影劑(without contrast)不須禁食。
- (2) 需注射造影劑(with contrast)時，檢查前禁食四小時及禁喝飲料，可服用平日藥物（例

如高血壓及心臟病藥物)，但糖尿病藥物暫停服用，糖尿病人可食糖果，避免血糖過低。

6. 預計注射造影劑者須有三個月內之血清肌酸酐(Cre)值，請務必於受檢前三個月內完成抽血檢查；亦可攜帶三個月內其他醫院或醫事檢驗機構之血清肌酸酐(Cre)正式報告於受檢當天供參考。
7. 預計注射造影劑者，請明確告知電腦斷層攝影檢查之工作人員下列病史：糖尿病、高血壓、氣喘、腎功能不良、甲狀腺亢進、嗜絡細胞瘤、重症肌無力、及造影劑過敏史。

(二) 檢查過程中：

1. 造影劑注射後的不良反應如下：

- (1) 輕度不良反應：如溫熱感覺、嘔吐、頭暈、打噴嚏或鼻塞或者覺得口中有金屬或藥味，這些感覺通常會在短時間內就會消退。
- (2) 中度不良反應：某些人會感到皮膚搔癢，並有一些紅疹出現，甚至引發全身性尋麻疹或、胸悶、呼吸困難等症狀，這些狀況如果持續，可以用藥物控制下來。
- (3) 重度不良反應：有很少的案例會有呼吸急促、喉嚨腫脹、氣喘、血壓降低、心肺衰竭休克至猝死現象的情形發生（發生機率約十萬分之一），如果有上述的情形在檢查中發生，必須立即告訴放射科醫師或放射師、護士，以接受適當的治療。

本人(受檢者)拒絕接受注射造影劑。

本人(受檢者)同意接受注射造影劑。

本人(受檢者)意識不清或無家屬或無法定代理人，由醫師判定需緊急醫療處置。

(三) 正確且完整的填妥檢查同意書。

(四) 檢查後的注意事項：

1. 若您只有檢查未施打造影劑，檢查後無任何禁忌即可恢復檢查前之生活作息。
2. 若您有施打或服用造影劑，請檢查後請在候檢區休息 10~15 分鐘，並多喝開水以加速顯影劑的排除，且於護理人員評估及拔除靜脈軟針後，才可離開檢查區。
3. 若檢查後一直持續不舒服（嘔吐、腹脹）則請立即告訴醫生和護理人員。
4. 回家後請當日及隔日多攝取水分促使造影劑排出（一天攝取 1500ml~2000ml）並多排尿。
5. 靜脈注射造影劑後，有少數病人會有靜脈腫痛、靜脈炎或注射肢體腫脹疼痛症狀，若你有以上情況發生，請至本院急診就診或聯絡放射線部電腦斷層檢查室。請電話洽詢放射診斷科櫃台【沙鹿院區 04-26625111 分機 2163(夜間週一~週三 2166 及夜間週四~週五及假日 2020)；大甲院區 04-26885599 分機 5260(夜間或假日 5160)】。
6. 檢查後約 7 天，掛門診或依原預約的門診時間請您的主治醫生會為您解釋檢查結果。

四、不實施醫療處置可能之後果：

如果您決定不施行這個醫療處置，可能會有危險，請與醫師討論您的決定。

五、替代方案：(這個醫療處置的替代方案如下，如果您決定不施行這個醫療處置，可能會有危險，請與醫師討論您的決定。)

- (一) 影像學方面：依部位及病灶特性，可改以磁振掃描，超音波，正子攝影等檢查替代，如果您決定不施行這個檢查（醫療處置），請與您的臨床醫師討論。
- (二) 造影劑方面：除自費檢查外，所有施行電腦斷層之病患，均使用非離子造影劑且由健保給付並無其它替代藥物。

六、併發症發生之機率：

幾乎不會產生任何併發症。

七、醫師補充說明：

八、醫療第二意見：

- (一) 可尋求其他醫師有關醫療之其他意見。
- (二) 不實施手術可能之後果及其他可替代之治療方式。
- (三) 醫師已告知並解釋，選擇其他治療方式之風險。
- (四) 其他。

醫囑醫師： _____ (簽章) 民國 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 時 ____ 分

執行醫師： _____ (簽章) 民國 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 時 ____ 分

本人(或家屬) _____ 已經與醫師討論過接受這個醫療處置的效益、風險及替代方案，本人對醫師的說明都已充分了解，並且同意接受這個醫療處置。

簽署人： 本人 _____ (簽章) 民國 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 時 ____ 分

病人之家屬 _____ (簽章) 民國 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 時 ____ 分

簽署人與病人關係 _____ (簽章)