

病歷號碼： 床號：  
姓名： 性別：  
出生日期： 年 月 日



Fu Jen  
Catholic  
University  
Hospital

天主教  
輔仁大學附設醫院



MR-IC111



P1

## 腎血管性高血壓檢查說明暨同意書

病歷號：\_\_\_\_\_

第 1 頁 / 共 2 頁

〔請您仔細閱讀說明後再簽署同意〕

病人：\_\_\_\_\_ 性別：☐男 ☐女 出生年月日：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

本說明書是有關於您即將接受之醫療處置的效益、風險及替代方案的說明，此可做為您與醫師討論時的補充資料。最重要的是希望您能充份瞭解資料的內容，敬請您仔細閱讀；如果經醫師說明後您對於處置效益仍然有疑問，請您在簽名前與醫師再充分討論，醫師會很樂意為您解答。

### ※手術/醫療處置之適應症及作法：(簡述)

#### 適應症：

##### 一、簡介核醫腎血管性高血壓檢查

腎血管窄縮時會引起體內一連串的控制血壓機轉變化而導致高血壓，若是經過適當治療可獲得良好的改善。此檢查利用同位素藥物 (Tc-99m DTPA) 經腎絲球濾出的特性，配合血管張力素轉化抑制劑測量雙側腎臟功能的變化，可用來診斷腎血管性高血壓。

##### 二、何時需做腎血管性高血壓檢查？

頑固性高血壓、高血壓年齡低於 30 歲或高於 50 歲及無家族性高血壓病史的病人，臨床上懷疑有腎血管性高血壓可能時。

#### 作法：

#### ※一般注意事項：

1. 須帶文件：IC 健保卡、檢查通知單及說明暨同意書。如有需要，可請家屬協同陪檢。
2. 如需更改檢查時間，或對檢查流程有疑問，請至少於檢查前一天之上班時間與核子醫學科聯絡。上班時間：週一到週五上午 8:30~12:30；下午 1:00~5:00，電話：02-8512-8789。
3. 檢查當天請依報到時間至地下二樓核子醫學科報到並依序檢查，若超過報到時間之受檢者，則由醫療人員視當天情況調整檢查時間或改期檢查。
4. 當日取消檢查者，請回門診重新開單，再排程。

#### ※特殊注意事項：

##### 一、檢查前注意事項：

1. 本檢查受檢者可照常用餐，不必禁食，生活作息如常。
2. 檢查分為兩天施做。檢查前 3 天，若臨床許可，建議開始停用血管張力素轉化抑制劑 (ACEI)、血管張力素受體阻滯劑 (ARB)、鈣離子阻斷劑類別的降血壓藥物及利尿劑，直到檢查完全結束。
3. 建議不要穿戴有金屬物的衣服及配件 (如金屬釦皮帶)。
4. 請攜帶口服 Captopril 25mg 2 顆交至核子醫學科。

##### 二、檢查進行方式：

1. 約定檢查前 30 分鐘喝開水 300cc 以利檢查藥物循環，進行檢查前請您先解淨小便，增加準確度。
2. 第一次：造影前先量測身高及體重。檢查時平躺於檢查台上，由靜脈注射同位素藥物同時進行造影。檢查約需時 30 分鐘。
3. 第二次：進行造影前 1 至 2 小時於核子醫學科口服 Captopril 25mg 2 顆，持續監測血壓情形。其餘檢查流程如第一次。
4. 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，可告知醫療人員。

三、檢查後注意事項：

1. 檢查完畢後，受檢者體內仍有少量殘留輻射，因其含量偏低，不需特別防護；若仍有猶疑，可避免與孕婦、嬰幼兒親密接觸。
2. 若檢查後一個月內需出國，可於核子醫學科開立檢查證明書。

※手術/醫療處置效益：(經由手術/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；且手術/醫療處置效益與風險性間的取捨，仍由您決定。)

可獲得腎臟個別功能及使用血管張力素轉化抑制劑後的變化，供臨床處置參考。

※手術/醫療處置風險：(沒有任何手術/醫療處置風險是完全沒有風險的，以下所列的風險已被認定，但仍然可能有一些是醫師無法預期的風險，因此無法列出。)

1. 本檢查所使用同位素非含碘顯影劑，沒有顯影劑過敏的問題，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，請於本科報到時告知櫃檯與醫療人員。

請問您 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不適用(男性) 有懷孕的可能或是正在哺育母乳。

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

磁共振掃描腎臟血管攝影或是侵入性的腎血管造影等為可能的替代方式，請與您的主治醫師討論後視需要而決定。

※醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋：(如無，請填寫無)

說明醫師：

(簽章)

日期：西元      年      月      日      時      分

### 腎血管性高血壓檢查同意書

立同意書人：      (簽章)      身分證字號：

與病人之關係(請圈選)：本人、配偶、父、母、兒、女、其他：\_\_\_\_\_

住址：      電話：

日期：西元      年      月      日      時      分

(1. 如由病人、親屬或關係人簽署本同意書，則無需見證，見證人部分得免填。2. 若意識清楚，但無法親自簽具者且無親屬或關係人在場，得以按指印代替簽名，惟應有二人見證人。3. 若病人意識不清且無親屬或關係人在場，得由警消人員、社工或志工簽署見證，醫療緊急情況得由二名合格醫師在病歷上證明需檢查或治療即可。)

見證人 1：      (簽章)      見證人 2：      (簽章)

見證人 1 身分證字號：      見證人 2 身分證字號：

日期：西元      年      月      日      時      分

本表單一式二聯：第一聯存放病歷 第二聯交予病人收執