

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



P1



MR-IC095

## 靜脈攝影檢查說明暨同意書

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：

#### 適應症：

##### 一、簡介核醫靜脈攝影檢查

利用核醫的連續動態掃描，注射同位素藥物(Tc-99m MAA)，藉以觀察下肢靜脈的血流速度與是否栓塞。

##### 二、何時需做靜脈攝影檢查？

懷疑病患可能有深部靜脈栓塞的可能，藉由此項檢查可以診斷深部靜脈是否栓塞。

#### 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。

##### ※ 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. 檢查當天請穿簡便拖鞋，並請保持雙腳乾淨。
3. 需在雙腳腳背安置靜脈留置針。若有腳腫情形，過程可能較為耗時，請多忍耐與配合。

#### 二、檢查進行方式：

1. 整個檢查會掃描兩次，第一次掃描時會於雙腳膝蓋與腳踝上方各綁上止血帶，由靜脈注入藥物，同時進行腳底至肺部的掃描，過程中視掃描狀況適時解開止血帶，掃描結束後，隨即進行第二次掃描，為直接注射藥物及掃描，檢查約需時 20 分鐘。
2. 掃描過程因止血帶束縛，雙腳有腫脹酸痛感，請盡量不要移動以提高影像品質。若您於其間有任何不適，可告知醫療人員予以處理

#### 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 1 個月內需出國，可於核子醫學科開立證明書。

本表單一式二聯：第一聯存放病歷 第二聯交予病人收執

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



P2



MR-IC095

**※手術／醫療處置效益：**(經由手術，您可能獲得以下所列的效益，但醫師並不保證您獲得任何一項；且手術效益與風險性間的取捨，應由您決定。)

評估是否有靜脈血栓之可能以供臨床處置參考。

**※手術／醫療處置風險：**(沒有任何手術是完全沒有風險的，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餵母乳，請於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：**(這個手術或醫療處置的替代方案如下，如果您決定不施行這個手術或醫療處置可能有危險，請與醫師討論您的決定。)

下肢血管杜卜勒超音波影像為可能的輔助或替代檢查方案，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

## 靜脈攝影檢查同意書

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，惟應有二名見證人。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