

肝動脈化學治療前肝肺分流評估說明暨同意書

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. 簡介肝動脈化學治療前肝肺分流評估

肝動脈化學治療前肝肺分流評估是利用放射同位素製劑從肝動脈注射後，在肺部攝取的比率，藉以評估肝肺分流，作為後續肝動脈化學治療的參考。

二. 何時需做肝動脈化學治療前肝肺分流評估?

本檢查常用於肝動脈化學治療原發性或轉移性肝臟腫瘤之前的評估。

做法：

※ 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. 到院檢查時請依應到時間辦理報到並依序檢查，若超過報到時間之病友，依其報到先後，在預定排程病人之後受檢。

※ 特殊注意事項：

一、檢查前注意事項：

1. 檢查前放射科醫師會在您的大腿內側或腹部表面(肝臟下緣處)做一 2~3 公分的切口，置放可長期留置的導管及注射裝置。

二、檢查進行方式：

1. 檢查時會在您的注射裝置加入造影藥物後開始掃描，整個過程約需三十分鐘至一個小時。
2. 造影過程請您儘量維持靜止姿勢，才能獲取清晰的影像。若您於其間有任何不適，可告知醫療人員予以處理。

※手術/醫療處置風險：(沒有任何手術/醫療處置是完全沒有風險的，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。



※**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。)

評估肝肺分流的程度，供肝動脈化學治療之參考。

※**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。)

請與您的主治醫師討論可能的輔助或替代檢查方案後視需要而決定。

※**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

肝動脈化學治療前肝肺分流評估同意書

病人：_____，病歷號碼_____，性別____，出生於西元_____年____月____日，因病情需要須接受肝動脈化學治療前肝肺分流評估。立同意書人已經與醫師討論過接受這個手術或醫療處置的效益、風險及替代方案，對醫師的說明都已充分了解且同意由貴院施行該項術式或醫療處置。

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