



## 腦部類澱粉正子掃描說明暨同意書

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. 簡介腦部類澱粉正子掃描

利用同位素製劑 (F-18 Florbetaben) 可用於評估大腦中的  $\beta$ -澱粉樣蛋白神經炎斑塊( $\beta$ -amyloid neuritic plaque)的密度，以作為認知功能障礙的輔助檢查。

##### 二. 何時需做腦部類澱粉正子掃描？

此檢查可使用於認知功能障礙的成人患者正在接受阿茲海默氏症(Alzheimer's Disease)的評估及其他導致認知降低原因的輔助評估。

#### 作法：

##### ※ 一般注意事項：

1. 本檢查為自費項目，費用約為新台幣 70,000 元。(實際產生費用以醫療收據為準)
2. 須帶文件：IC 健保卡、檢查通知單及說明暨同意書。如有需要，可請家屬陪同陪檢。
3. 如需更改檢查時間，或對檢查流程有疑問，請至少於檢查前二個工作日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。
4. 由於藥品性質特殊，價格昂貴且具備短半衰期時效性，需為每位使用者當日生產並專車送達，請務必準時至地下二樓核子醫學科報到，若超過報到時間 20 分鐘未到者，視為放棄。
5. 檢查當日所使用之正子藥品係經由藥廠執行嚴格品質保證程序監督製造及放行政策，始可使用；若遇任何情形而無法出貨，則會再擇日安排檢查日期，造成不便敬請見諒。

##### ※ 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. 因檢查所使用藥品含酒精及高鈉成分，酒精過敏、酒精成癮、肝臟疾病、癲癇、限鈉飲食等患者族群，檢查前需經醫師審慎評估。
3. 如有需要鎮定的事宜，請先與核子醫學科聯絡。

##### 二、檢查進行方式：

1. 檢查前請先取下頭頸部金屬物。
2. 靜脈注射放射性藥物後，請休息等待藥物吸收(約 45 至 130 分鐘)，等待期間避免走動、閱讀、看手機或談話等。
3. 進行腦部掃描，掃描時間約 20 分鐘，掃描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，檢查當天避免與孕婦、嬰幼兒親密接觸。

※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。）

可評估腦部  $\beta$ -澱粉樣蛋白神經炎斑塊的密度，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。
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. 請問您 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不適用(男性) 有懷孕的可能或是正在哺育母乳。
4. 請問您 ☐ 是 ☐ 否 對酒精、聚乙二醇、抗壞血酸、抗壞血酸鈉等有過敏情形。
  - (1) 本檢查所使用藥品每劑含 15% v/v（至多 1.2 克）酒精，約略相當於 30 毫升啤酒，對於戒酒中、肝臟疾病或癲癇患者、懷孕及哺乳族群皆應審慎考慮使用。
  - (2) 本檢查所使用藥品每劑至多含 1.5 毫莫耳（相當於 33 毫克）鈉，正在進行限鈉飲食的患者（如心血管疾病或腎臟疾病患者等）應事先與排檢醫師討論並謹慎使用。
  - (3) 放射性藥物的品質為無菌、無熱源、高放射化學純度，因賦形劑含酒精，常見的藥物不良反應為注射部位疼痛（3.4%）、紅疹（1.7%）與刺激（1.1%），所有不良反應為輕至中度，且持續時間短。如有不適請立即告知本單位醫療人員。

**※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。）

電腦斷層攝影、磁共振造影、腦部灌注掃描、腦部正子掃描（使用氟-18 氟化去氧葡萄糖）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

### 腦部類澱粉正子掃描同意書

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