

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-IC097



P1

鎳-67 腫瘤/發炎掃描說明暨同意書

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. 簡介鎳-67 腫瘤/發炎掃描

利用放射性同位素製劑 (Ga-67 Citrate) 可聚集在腫瘤或發炎病灶的特性，用以診斷癌症、感染、發炎等病變。

二. 何時需做鎳-67 腫瘤/發炎掃描？

1. 不明原因熱患者，尋找感染或其它發炎性病灶。
2. 診斷骨髓炎、肺部感染、肝膿瘍、軟組織感染等，並監測治療成效。
3. 淋巴瘤之分期與治療後腫瘤存活度之追蹤監測。
4. 其他腫瘤之診斷及追蹤監測。

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. 化學治療、放射治療、重覆輸血或是近期內曾施打顯影劑或做腸胃道鉬劑檢查等，可能影響檢查品質及結果。如有上述情況，請主動告知醫療人員。
3. 為了增加檢查準確度，靜脈注射同位素後，避免有便秘情形，必要時需使用口服瀉劑(軟便劑)清腸。

二、 檢查進行方式：

1. 先由靜脈注射同位素藥物等待吸收，需經過約 48 至 72 小時後藥物循環、聚集於病灶後再進行造影。請您於約定的日期及時間回院進行造影。
2. 造影前請先取下身上外來金屬物 (如髮夾、零錢、皮帶等) 及解尿，可較清楚評估骨盆病灶。平躺於檢查檯上進行造影，造影過程約需時 60 分鐘。
3. 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。

本表單一式二聯：第一聯存放病歷 第二聯交予病人收執

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。)

評估異常攝取活性之鎂-67 病灶以供臨床處置參考。

※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。

4. 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。Ga-67

Citrate 部分會經由乳汁分泌，因此注射 Ga-67 Citrate 後，應停止哺乳一個月。

※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。)

其他影像學檢查例如電腦斷層掃描、磁振掃描或是正子掃描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

鎂-67 腫瘤/發炎掃描同意書

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