

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-IC482



P1

正子造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：(簡述)

適應症：

一、簡介正子造影

此檢查原理為利用放射性同位素氟-18 標幟去氧葡萄糖(FDG)，可以偵測體內細胞代謝葡萄糖的情形，因為癌症細胞生長快速，代謝率為正常細胞的數倍之多，所以使用正子造影可以找到這些病灶。另外，也可以偵測心肌代謝變化以及癲癇病灶造成的腦部代謝異常。

二、何時需做正子造影？

本檢查常用於下列用途，使病患獲得適當之醫療處置：

1. 腫瘤的分期、治療及懷疑復發或再分期。目前健保給付的範圍包含乳癌、淋巴癌、大腸癌、直腸癌、食道癌、頭頸部癌(不含腦瘤)、原發性肺癌、黑色素癌、甲狀腺癌及子宮頸癌。其他未列入的癌別並非不適用，當不符合健保適應症但對治療決策有幫助時，可與您的主治醫師討論。
2. 存活心肌偵測。
3. 癲癇病灶術前評估。

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. 檢查前需禁食 6 小時，可飲用白開水。
2. 患有糖尿病、使用降血糖藥物患者及可能懷孕者，請於排定檢查時告知工作人員。
3. 造影進行時間約需時 30-60 分鐘，若無法靜躺者，請事先與診間醫師討論。
4. 總檢查時間約需 4 小時，請預留足夠時間執行檢查。

二、檢查進行方式：

1. 測量身高及體重後至更衣室更換檢查服，身上的金屬物要全數脫下。
2. 於注射室量測血糖值，而後注射藥物，於燈光昏暗的房間休息 60 分鐘，等待藥物吸收。等候時請躺於床上全身放鬆休息，避免坐起、走動、閱讀、咀嚼及談話。
3. 進行造影前，請上洗手間解尿，避免膀胱內之放射性活性影響判讀檢查結果。
4. 造影時間約需時 30-60 分鐘不等，請放鬆平躺，保持自然呼吸。
5. 檢查結束後需由醫師判讀影像是否須接受延遲造影，如需延遲造影，再由放射師告知您造影時間，如不需要延遲造影則可更衣離開。

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. 檢查後多喝水、多排尿可加速藥物排出，降低輻射劑量。
2. 注射後當天應避免長時間近距離接觸孕婦以及嬰幼兒。
3. 若檢查後有需要，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。)

評估異常葡萄糖代謝活性之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。
3. 關於醫療游離輻射劑量，請參考核能安全委員會網站：
<https://reurl.cc/m0DN69>
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。



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。)

其他影像學檢查例如電腦斷層掃描、核磁共振等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

正子造影檢查同意書

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，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