

病歷號碼： 床號：
姓名： 性別：
出生日期：西元 年 月 日



Fu Jen
Catholic
University
Hospital

天主教
輔仁大學附設醫院



MR-IC101

甲狀腺癌術後追蹤說明暨同意書

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 出生日期：西元_____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. 簡介甲狀腺癌術後追蹤

碘是甲狀腺合成甲狀腺激素的主要原料，所以碘-131 能被甲狀腺細胞攝取和吸收。碘-131 進入人體後，大部份在 24 小時內經消化道排出體外，存留在體內的部份幾乎全部聚集在有功能的甲狀腺組織內，因此口服碘-131 後獲得的影像可代表具功能的甲狀腺組織或是腫瘤。

二. 何時需做甲狀腺癌術後追蹤？

1. 功能性甲狀腺癌轉移病灶的診斷及定位。
2. 移植甲狀腺的監測及甲狀腺手術後殘留甲狀腺組織的觀察。

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. 請您於約定治療前四週起，停止服用 **甲狀腺素藥物** (若您注射 thyrogen 進行此項治療，則可持續服用甲狀腺素藥物)；約定治療前兩週起，進行低碘飲食，直到檢查結束。
2. 進行低碘飲食的方式：
 - (1) 建議食用無碘鹽或減少鹽分攝取。
 - (2) 禁止食用海帶、紫菜、海苔、海藻類、海鮮、醬油、乳酪等含碘食品。
 - (3) 請停用各類含碘物：魯格氏溶液 (Lugol's solution)、優碘、含碘顯影劑、中藥、補品及健康食品 (綜合維他命等)。

二、檢查進行方式：

1. 在約定服藥時間，醫療人員會請您口服碘-131 膠囊。服用藥物前 3 小時至後 3 小時內請禁食以利碘-131 的吸收。
2. 服藥後 48 小時後進行掃描，掃描約需時 60 分鐘。依部位不同而略有差異。
3. 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。
4. 檢查後可以恢復正常飲食及繼續服用 **甲狀腺素藥物** (或依門診醫師醫囑)。

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. 若檢查後兩個月內需出國，可於核子醫學科開立證明書。

※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。)

甲狀腺手術後之追蹤，評估殘餘組織或其他病灶，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. 若您有懷孕的可能，不宜接受本檢查，請事先告知門診醫師及本科醫療人員。服用碘-131後，男性建議在三個月後，女性為六個月後再考慮進行受孕行為。
2. 碘-131 會經由乳汁分泌，若有哺餵母乳需求者，建議下一胎再開始哺餵母乳為佳。
3. 若您有懷孕的可能或是正在哺餵母乳，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. 建議治療後一週內單獨睡覺，避免親密接觸，與小孩和孕婦保持 1~2 公尺以上的距離；如廁後應沖水三次，男性建議坐著小便，並徹底洗手並保持廁所清潔。

※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甲狀腺超音波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

甲狀腺癌術後追蹤掃描同意書

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，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