

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-IC102

碘-131 治療說明暨同意書

病歷號：_____

第 1 頁 / 共 3 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、簡介核醫碘-131 治療

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 膠囊可以治療甲狀腺癌。

二、何時需做碘-131 治療？

利用甲狀腺組織及分化良好的甲狀腺腫瘤，會專一攝取碘元素的特性，用以治療甲狀腺機能亢進，或做為甲狀腺癌廓清、復發、轉移的治療之用。

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. 如需更改檢查日期，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. 若您為甲狀腺亢進的患者，請您於約定治療前一週起，停止服用抗甲狀腺藥物及進行低碘飲食。於服用碘-131 藥物三天後可恢復正常飲食及抗甲狀腺藥物(或依門診醫師醫囑)。
2. 若您為甲狀腺癌術後治療的患者，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。
3. 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)。

本表單一式二聯：第一聯存放病歷 第二聯交予病人收執





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. 部分患者在服用藥物七天後需要回來接受造影，檢查約需時 30 至 60 分鐘。請聽從醫療人員的說明。
3. 檢查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 **甲狀腺藥物**(或依門診醫師醫囑)。

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. 返家後，病患初期所產生之廢棄物，仍可能含有些許輻射劑量，故請將自身使用後需丟棄的物品，統一集中至同一個垃圾袋，放置家中室外角落，待約 1-3 天後再依照一般垃圾丟棄，以避免產生輻射安全疑慮。
3. 一周內，如廁完畢後，請多沖至少 2-3 次馬桶，以減少輻射物質殘留，男性建議坐著小便，並徹底洗手並保持廁所清潔。
4. 建議治療後一周內單獨睡覺，避免親密接觸，與小孩和孕婦保持 1~2 公尺以上的距離。
5. 若檢查後兩個月內需出國，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。)

治療甲狀腺亢進或甲狀腺癌。

※**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，但是仍然可能有一些醫師無法預期的風險未列出。)

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核醫醫療人員。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。)

其他方式例如放射線治療可能為部分病患的輔助或替代方案，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

本表單一式二聯：第一聯存放病歷 第二聯交予病人收執





碘-131 治療同意書

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，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

