

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-IC091

TL-201 心肌灌注掃描(加藥式)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. 簡介核醫心肌灌注掃描(加藥式)

心臟血流灌注掃描是利用放射同位素製劑(TL-201)可被心肌細胞攝取的特性，藉以診斷心肌病變的影像技術。

二. 何時需做心肌灌注掃描？

本檢查常用於：

1. 診斷冠狀動脈疾病(心絞痛)
2. 血管再通術(氣球擴張術或置入冠狀動脈支架)、心血管繞道移植手術後追蹤
3. 評估心肌梗塞後治療方針
4. 接受重大手術、麻醉前的術前評估。

此項檢查敏感度為70%~95%，特異性為50%~90%。如果您對接受這項檢查的適應症有任何疑問，請於診間提出問題，與您的主治醫師討論。

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。本檢查前12小時到檢查結束，禁止攝取含咖啡因食物，如：咖啡及茶葉；無咖啡因食物不受限制。注意避免吃太飽導致檢查過程不適；若無特別醫囑則不須停用藥物。
2. 請著輕便棉質服裝，以褲裝為宜。女性勿著塑身內衣、洋裝及褲襪。
3. 報到後，請取下項鍊及胸前口袋之物品。女性檢查來賓請務必除去內衣。
4. 患有嚴重氣喘、慢性肺部疾病時，請照常服用氣喘藥物(建議當天早上暫停使用Xanthium Cap 200mg)，並於檢查當日隨身攜帶氣喘噴劑。請事先告知醫護人員，必要時可用其它藥物檢查替代。

本表單一式二聯：第一聯存放病歷 第二聯交予病人收執



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-IC091

第 2 頁 / 共 3 頁

二、 檢查進行方式：

1. 心臟灌注掃描分為上午負荷狀態（檢查時間約 40 分鐘）與下午靜態掃描（約 20 分鐘）兩個階段，中間休息間隔約 2.5-4 小時。完整檢查時間約需時五小時。
2. 進行上午負荷狀態檢查時，會替您設置靜脈針頭，接上心電圖以及血壓監測儀器，接著為 10 分鐘注射藥物後進行 15 至 20 分鐘掃描。
3. 掃描完畢後，並告知您下午掃描時間；請您在約定時間十分鐘前抵達攝影室稍作休息，等待掃描。
4. 下午掃描前無需再注射藥物，請您穿著輕便的服裝（女性建議勿穿內衣）。
5. 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，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. 此項檢查乃藉由藥物達到血管擴張的效果後注射同位素，偵測心臟缺氧部位。部分受檢者，可能會出現暫時性心悸(3.2%)、頭暈(12.2%)、胸部不適(20%)或腹部不適(6%)、身體發熱(3.4%)等情形；僅有極為少數的受試者可能出現氣喘(3%)、支氣管痙攣(0.15%)、心律不整(5%)等較嚴重的情形，急性心肌梗塞或死亡率為萬分之三至五；醫護人員會依受檢者情況，酌與拮抗劑等必要醫療處置。
5. 少數受檢者需藉由其它藥物達到心跳增快的效果，可能會出現暫時性心悸(29%)、頭痛(14%)、胸部不適(31%)、呼吸不順(14%)、身體發熱(14%)、心律不整(8~10%)等情形，停止藥物注射後即會漸漸改善。

※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。）

評估心臟血流分布情形及異常的範圍，供臨床處置參考。

※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。）

電腦斷層心臟冠狀動脈血管攝影、心導管檢查、磁振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。

本表單一式二聯：第一聯存放病歷 第二聯交予病人收執



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-IC091

第 3 頁 / 共 3 頁

※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

TL-201 心肌灌注掃描(加藥式)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



P3