

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-IC113

腦部多巴胺神經元斷層造影說明暨同意書

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、簡介核醫腦部多巴胺神經元斷層造影

利用同位素製劑(Tc-99m labeled TRODAT-1)會與體內多巴胺轉運體結合，經由伽瑪閃爍攝影機進行造影，可提供局部腦部基底核多巴胺轉運體功能的相關資訊，輔助臨床診斷及評估。

二、何時需做腦部多巴胺神經元斷層造影？

- 動作障礙疾病包括巴金森氏病之鑑別診斷。
- 非典型巴金森症(含多發性神經系統退化症、血管性巴金森症、藥物誘發性巴金森症、重金屬中毒等)之鑑別診斷。
- 先天性多巴胺神經系統酵素異常之鑑別診斷。

作法：

※一般注意事項：

- 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。
- 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。
- 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。
- 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：

- 本檢查受檢者可照常用餐，不需禁食，生活作息如常。
- 若臨床狀況許可，含中樞神經興奮藥物停用 12 小時(如：利他能 Ritalin)。
- 受檢者若無法配合平躺 60 分鐘，請於排檢時告知醫療人員。

二、檢查進行方式：

- 先由靜脈注射同位素藥物等待吸收，約 3-4 小時後造影。等待期間可以離開自由活動。
- 造影前請先取下頭部金屬物品，如髮夾等。造影時間約需時 60 分鐘。
- 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，可告知醫療人員予以處理。

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1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。)

評估腦部基底核多巴胺轉運體的攝取活性，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，但是仍然可能有一些醫師無法預期的風險未列出。)

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。

※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。)

腦部核磁共振造影及多巴正子掃描(F-18 FDOPA)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

腦部多巴胺神經元斷層造影同意書

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：

簽署日期：西元 年 月 日 時 分

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

