

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-IC112

腦部灌流掃描說明暨同意書

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、簡介核醫腦部灌流掃描

利用放射性同位素藥物(Tc-99m ECD)聚集在腦部皮質的特性，評估腦部血流分布狀況。

二、何時需做腦部灌流掃描？

1. 找出可能的癲癇病灶，以評估手術治療可行性。
2. 輔助診斷老人失智症(阿茲海默氏症與其他原因造成的失智症)。
3. 腦血管病變、頭部外傷之評估。
4. 缺血性腦中風、暫時性腦缺血等腦血管問題之評估。
5. 自體免疫疾病侵犯中樞神經系統之評估，如全身紅斑性狼瘡等。
6. 其他神經性及精神性疾病等。

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. 本檢查受檢者可照常用餐，不需禁食，生活作息如常。
2. 無法配合檢查需使用鎮定藥物；如有需要鎮定的事宜，請先與主治醫師討論。
3. 進行掃描前須除去頭頸部含金屬之外物。
4. 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：

1. 為避免外界刺激影響腦部活動及血流分布，將於安靜微光環境休息約15分鐘，再注射同位素，待藥物吸收約30分鐘後再進行造影，造影時間約為60分鐘。
2. 癲癇患者亦可於發作時注射同位素藥物，待情況穩定後再進行造影。
3. 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。





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。)

可獲得腦部灌流分布的資訊，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腦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

腦部灌流掃描同意書

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：

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

