

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-IC104

腎上腺皮質掃描說明暨同意書

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. 簡介腎上腺皮質掃描

利用同位素製劑(I-131 labeled NP-59)可被腎上腺皮質細胞攝取，經伽瑪閃爍攝影機造影後可得腎上腺皮質功能顯像，進而診斷疾病型態。

二. 何時需做腎上腺皮質掃描？

本檢查常用於下列用途，使病患獲得適當之醫療處置：

1. 診斷原發性醛固酮過多症是腺瘤或是腎上腺皮質增生所引起。
2. 診斷庫辛氏症(Cushing's syndrome)是ACTH依賴型或是非依賴型。
3. 腎上腺腫瘤的功能鑑定。
4. 探尋皮質醇增多症術後復發病灶。

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. 因為藥物是依個案需求，專案由國外進口，取得不易。如需更改檢查時間，或對檢查流程有疑問，請至少於檢查前一週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. 注射同位素藥物前需禁食 8 小時，可飲用白開水。
2. 注射同位素藥物當天，糖尿病患者請勿服用降血糖藥物或注射胰島素。
3. 此檢查施行時，會配合其他藥物以增進檢查效力：
(1) 注射前三天需開始服用 Lugol's solution(0.3%，每天三次，每次 3cc)。及類固醇 Dexamethasone(4mg，每天兩次，每次 1 顆)，直到造影結束，共 8 天。
(2) 請於注射藥物後第三天睡前服用一次軟便劑 Bisacodyl 兩顆。

二、檢查進行方式：

1. 請您於約定時間到院施打同位素藥物，注射後休息 30 分鐘，無不適即可返家。
2. 請於約定時間(注射藥物後第四日)返院掃描，造影時間約 60 至 90 分鐘。
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。



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-IC104

第 2 頁 / 共 2 頁

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，靜脈注射藥物後一星期，可避免與孕婦、嬰幼兒長時間近距離接觸(一公尺以內稱近距離)。
2. 若檢查後2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。)

評估腎上腺皮質之功能狀態，以做為臨床處置參考。

※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，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。
2. 此檢查藥物含碘-131會經由乳汁分泌，哺乳婦女若接受檢查，建議下一胎再開始哺餵母乳為佳。

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。)

其他檢查例如腹部電腦斷層或侵入性的腎上腺靜脈取樣篩檢(adrenal vein sampling)為可能的輔助或替代方案，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

腎上腺皮質掃描同意書

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

(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

