

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-IC622



P1

## 奧攝敏正子造影檢查說明暨同意書

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、簡介奧攝敏正子造影

此檢查原理為利用放射性同位素氟-18 標幟人工合成胺基酸類似物(Fluciclovine)，透過在攝護腺癌細胞中大量表現之胺基酸轉運蛋白進行運輸，因為攝護腺癌細胞攝入程度較周遭正常組織高，所以奧攝敏正子造影可以協助找到相關病灶。

##### 二、何時需做奧攝敏正子造影？

臨床適用於攝護腺癌治療後，因血中攝護腺特異性抗原(PSA)值升高而懷疑攝護腺癌復發的男性，以協助診斷攝護腺癌之復發。

#### 作法：

##### ※一般注意事項：

1. 本檢查為自費項目，費用約為新台幣 68,000 元(實際產生費用以醫療收據為準)。
2. 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。
3. 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。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. 由於檢查藥物具時效性，價格昂貴且半衰期短，需為每位使用者當日生產，並專車送達，以利於指定時間使用，請務必準時抵達，若因臨時取消未使用藥物，或是因遲到(超過報到時間 20 分鐘)導致無法造影，則不退還藥物費用。
5. 檢查當日所使用之正子藥品係經由藥廠執行嚴格品質保證程序監督製造及放行政策，始可使用；若遇任何情形而無法出貨，則會再擇日安排檢查日期，造成不便敬請見諒。
6. 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. 檢查請 24 小時內請停止任何有相當強度之運動，包括健身房的訓練。
2. 檢查前需禁食 4 小時(可容許服藥用的少許開水)。
3. 造影進行時間約需時 30 分鐘，若無法靜躺者，請事先與診間醫師討論。
4. 總檢查時間約需 1 小時，請預留足夠時間執行檢查。
5. 此放射性藥物含有 39mg 的鈉，應考慮病人是否進行低鹽飲食。
6. 奧攝敏造影注射劑未於腎功能及肝功能不全者進行試驗，對於這些病人可能會造成輻射暴露上升，應謹慎考量施用劑量及利益風險比。

##### 二、檢查進行方式：

1. 測量身高及體重後至更衣室更換檢查服，身上的金屬物要全數脫下。
2. 預定開始進行掃描前30分鐘內，盡量避免排尿，以提升影像品質。
3. 於檢查台上注射藥物後3~5分鐘立即進行30分鐘全身造影。

4. 造影結束後，請於檢查等待區稍加休息，待確認影像後即可離開醫院。

三、檢查後注意事項：

1. 檢查後多喝水、多排尿可加速藥物排出，降低輻射劑量。
2. 注射後當天應避免長時間近距離接觸孕婦以及嬰幼兒。
3. 若檢查後有需要，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。)

評估胺基酸轉運蛋白大量表現之病灶以供臨床處置參考。

※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，但仍然可能有一些是醫師無法預期的風險，因此無法列出。)

1. 依據臨床研究報告，注射本檢查藥物產生的副作用極為少見。副作用包括注射部位紅腫疼痛以及口腔味覺異常等。
2. 接受本檢查所受輻射劑量甚低，不需特別防護。
3. 關於醫療游離輻射劑量，請參考核能安全委員會網站：

<https://reurl.cc/m0DN69>



※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。)

其他影像學檢查例如電腦斷層掃描、核磁共振等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

### 奧攝敏正子造影檢查同意書

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