

病室床號： / 科別：
病歷號： 男
姓名： 女
生日： 年 月 日

臺北榮民總醫院
Taipei Veterans General Hospital

放射線部經淋巴結淋巴攝影檢查說明書暨同意書

經淋巴結淋巴攝影檢查說明書

一、檢查的目的與效益

經淋巴結淋巴攝影，藉由注射含碘之油溶性對比劑 (Ethiodized oil) 至淋巴結中，使淋巴管道顯影，依此診斷淋巴相關病症。油溶性對比劑亦具有暫時減緩淋巴液流動之效用，可延遲滲漏。

二、檢查的方式

行局部麻醉。在超音波及 X 光導引下以細針穿刺淋巴結，再緩慢注入含碘之油溶性對比劑，並合併 X 光及電腦斷層掃描確認油溶性對比劑在淋巴管中流動情形。

三、檢查的風險和機率

經淋巴結淋巴攝影可能出現之近期或後期併發症或不良反應(<5%)，其中包括但不限於：注射部位及下肢暫時性淋巴水腫，注射部位皮膚病變、疼痛、感染，靜脈栓塞及過敏反應。攝影進行中及術後當下並無法預測併發症或不良反應可能發生之機率或時間，請遵照衛教指示來照顧與觀察您的狀況。

四、檢查的併發症及可能處理方式

暫時性淋巴水腫可藉由適當活動及按摩逐漸緩解。注射部位症狀、靜脈栓塞及過敏反應若有需要可以藥物治療，若無法控制可能須手術處理。

五、檢查可能出現之暫時或永久症狀

傷口疼痛為正常現象，通常三至五天內症狀即會緩解。

注射部位及下肢暫時性淋巴水腫，須配合適當活動及按摩，通常三個月內可逐漸緩解。

六、不實施檢查之後果及其他可能代替之方式

經淋巴結淋巴攝影兼具診斷及暫緩淋巴滲漏之功效。其中診斷之功能可由核子醫學淋巴掃描取代，然實際情況及可行性應與您的臨床主治醫師討論評估。

七、檢查的前、中、後注意事項

在有嚴重凝血功能異常，未經治療的局部、全身性感染，或其他危急生命的情況下，淋巴攝影應延遲至臨床狀況穩定再進行。

經淋巴結淋巴攝影檢查過程中將合併 X 光及電腦斷層掃描。

攝影完成後 24 小時內，局部細針穿刺傷口需覆蓋無菌紗布並避免潮濕。

八、健保給付說明

本項目注射之油溶性對比劑 (Ethiodized oil) 健保未給付；其餘項目為健保給付。

諮詢電話:02-82757594 放射線部

頁數 1/2

※這份說明書是用來向您解說即將接受的檢查之目的與效益、方式以及可能的併發症，請詳細閱讀內容，待醫師說明後，再簽署同意書。

病室床號： / 科別：
病歷號： 男
姓名： 女
生日： 年 月 日

臺北榮民總醫院
Taipei Veterans General Hospital
放射線部經淋巴結淋巴攝影檢查說明書暨同意書

經淋巴結淋巴攝影檢查同意書

一、擬實施之檢查（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

1. 疾病名稱：
2. 建議檢查名稱：經淋巴結淋巴攝影
3. 建議檢查原因：診斷淋巴管疾病

二、醫師之聲明

1. 我已經儘量以病人能瞭解之方式，解釋這項檢查之相關資訊，特別是下列事項：

- 需實施檢查之原因、目的 不實施檢查之可能後果
- 檢查方式 其他可能替代之檢查方式
- 檢查之風險和機率 檢查併發症及可能處理方式
- 預期治療後可能出現之暫時或永久症狀
- 如另有檢查相關說明資料，我並已交付病人

2. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次檢查問題，並給予答覆：

- (1)
- (2)

說明醫師： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 時 分

三、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個檢查的原因、目的、方式、風險之相關資訊。
2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解檢查可能預後情況和不進行檢查的風險及其他可能替代之處置方式。
3. 我瞭解在檢查過程中，如果因檢查之必要而切除器官或組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查報告，並且在之後會謹慎依法處理。
4. 我瞭解這個檢查可能是目前較適當的選擇，但無法保證一定能改善病情。
5. 針對我(病人)的情況、檢查之進行、檢查方式等，我能夠向醫師提出問題與疑慮，並已獲得說明。

基於上述聲明，我 同意 不同意 進行此檢查。

立同意書人： _____ 關係：病人之 _____ (本人、未成年人病人或無法親自簽具病人之法定代理人、配偶、親屬或關係人)

住址： _____ 電話： _____

日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 時 分

見證人： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 時 分

附註：

- 一、病人為未成年人(未滿十八歲)或因故無法為同意之表示時，得由法定代理人、配偶、親屬或關係人簽名。
- 二、立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。
- 三、見證人部分，如無見證人得免填載。