

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
放射線部電腦斷層 (CT) 檢查說明書暨同意書

電腦斷層 (CT) 檢查說明書

一、檢查的目的與效益

偵測體內臟器的情形，助於了解病情。

二、檢查的方式

由靜脈注射含碘對比劑，再經由電腦斷層來進行影像檢查。

三、檢查的風險和機率

1. 施打對比劑經常會引起全身發熱的感覺 (約<1%)。
2. 少數人可能會產生輕微之過敏反應 (約<1%)，包括：嘔吐、頭暈、打噴嚏、或鼻塞。但他們通常在短時間內就會消退。
3. 對具過敏體質者，可能會引起較嚴重的反應，如丘疹、蕁麻疹、寒顫、胸悶、呼吸困難等症狀 (約百萬分之一)。
4. 對具特異體質者，可能會發生罕見之喉嚨水腫、氣喘、血壓異常降低、心臟衰竭、休克及猝死 (死亡機率約肆萬至拾萬分之一)。
5. 對比劑引起的腎毒性，定義為使用對比劑檢查的48小時之內，血清肌肝酸較基礎值上升25%或絕對值增加至少0.5mg/mL，症狀持續2至5天。發生率於一般病人估計小於2%，但在高危險群病人的發生率可超過50%。對比劑是醫源性腎衰竭第三常見的原因 (約占11%)。

四、檢查的併發症及可能處理方式

有下列情形者，容易發生嚴重之對比劑反應。為維護受檢查者之安全，請告知工作人員，醫師會酌情不予施打對比劑或其他替代檢查：

1. 曾注射含碘對比劑而引起不良反應。
2. 過敏性氣喘病。
3. 曾對其他食物或藥物過敏。
4. 甲狀腺亢進或糖尿病。
5. 腎臟疾病或已知腎功能不良(如慢性糖尿病患者)的情形。
6. 多發性骨髓病或嗜鉻細胞瘤。

(接下頁)

※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
放射線部電腦斷層 (CT) 檢查說明書暨同意書

電腦斷層 (CT) 檢查說明書

五、檢查可能出現之暫時或永久症狀

1. 施打對比劑經常會引起全身發熱的感覺。
2. 少數人可能會產生過敏反應。同第三項說明。
3. 腎功能不佳者可能加重其病情。

六、不實施檢查之後果及其他可能代替之方式

可以不注射對比劑來進行電腦斷層攝影檢查，但是在大多數的疾病之下，這樣的檢查方式將使診斷價值與診斷的準確性大幅降低。

七、檢查的前、中、後注意事項

1. 電腦斷層檢查由放射線部醫師依受檢者病情決定是否需注射對比劑。
2. 檢查區空調較冷，請攜帶外套或保暖衣物。
3. 穿無金屬鈕釦或拉鍊之衣褲受檢為佳。
4. 慢性病藥物仍照常服用(如心臟病藥、高血壓藥)糖尿病藥除外。
5. 無法按時接受檢查者，請事先通知，另約時間，否則視同棄權。
6. 注射對比劑者，檢查後可補充約1500ml水份，加速藥物排出。

八、健保給付說明

電腦斷層檢查若符合適應症原則上由健保給付。若影像有後處理特殊需求，檢查室將向您說明須自費的部份。

聯絡暨諮詢電話：02-28712121 分機3302，電腦斷層室

頁數 2/3

※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
放射線部電腦斷層 (CT) 檢查說明書暨同意書

電腦斷層 (CT) 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: 電腦斷層 (CT)

3. 建議檢查原因:

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

預期檢查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檢查方式。3. 我瞭解在處置過程中, 如果因處置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。6. 我已確認有無下列各項問題 (打√)

有 無 注射含碘對比劑而引起不良反應

有 無 敏性氣喘病

有 無 對其他食物或藥物過敏

有 無 狀腺亢進或糖尿病

基於上述聲明, 我 同意 不同意 進行此項檢查。基於

上述聲明, 我 同意 不同意 接受注射對比劑。

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。