



## 全方位正子磁振影像中心研究申請相關規定

1. PET/MR 掃描研究申請書如附件，**紅字為必填欄位**，請於**檢查三天前**將研究申請書填寫完畢，並請計畫主持人蓋章後，送至放射線部經部科主任或是核醫部部科認可用印後，再送至思源樓 1 樓 PET/MR 中心排檢。
2. 請於**檢查前三天**確認病患可否檢查，因本儀器造影時段及正子藥物價格昂貴，若有提前取消者請立即告知，當天檢查無故臨時取消者，該研究計畫將**暫停協助收案**，需待主持人申覆研究委員會後，依研究委員會決議為主。
3. 收費方式：核醫正子(PET)研究費用為 15000 元整，放射線部磁振(MR)研究費用 6000 元整(不打藥)、(MR)研究費用 8500 元整(打藥)，請轉至各部門成本中心(核醫部正子中心 02710/放射線部 00800)，並於研究計畫開始前繳清費用。
4. 研究申覆規則說明：  
針對研究個案結果有疑問者，可提請重做。請填寫**研究申覆提案表**，內容需詳述個案病史來由、研究目的、治療與處置。若此個案研究牽涉 MRI 診斷專業，需請放射線部 MRI 主任審查判讀。爾後提請研究委員會審核通過方可執行。  
本部保留更改或異動之權利。



## 研究申覆提案表

個案資料	病歷號		
	姓名		
	檢查日期		
	檢查項目		
<p>● 申覆理由(請詳述理由與原因):</p> <p>檢查診斷:</p> <p>檢查目的:</p> <p>治療處置:</p> <p>● 研判結論:</p>			
<b>受 理 記 錄</b>			
提案人	計畫主持人	放射線部磁振造影科	研究委員會主任簽核

## 全方位正子磁振影像中心研究影像資料備份原則

1. 研究資料請於檢查後，**兩周內自行備份帶回**，並確認相關資料正確性與格式是否符合，本中心不負責永久備份之責。
2. 請各研究計劃人員注意，因影像資料龐大，臨床備份需求日漸增加，故有關研究資料本單位以**保存三個月為限**，三個月後不負保管之責。



臺北榮民總醫院全方位正子磁振影像中心  
**PET/MR 掃描研究申請書**

年 月 日

受試者基本資料						
姓名		性別	男	女	生日	
身分證號		病歷號			電話	
研究計畫相關資料						
計畫主持人		部科			電話	
計畫名稱					計畫編號	
檢查目的	研究 <input type="checkbox"/> 病例討論 <input type="checkbox"/>	先期研究(每案最多兩位不收費) <input type="checkbox"/>			專案報核 <input type="checkbox"/>	
PET 藥物				人體試驗 送審中 <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> IRB 編號 _____		
服務項目 (可複選)	腦部 <input type="checkbox"/>	心肌 <input type="checkbox"/>	局部 <input type="checkbox"/>	全身 <input type="checkbox"/>		
MR 波序(此欄 位由放射線 部醫師填寫)						
臨床資料						
臨床診斷						
病史摘要						
治療手術						
受試者資訊	身高	體重		過敏史		
	費用 <input type="checkbox"/> PET _____ <input type="checkbox"/> MR _____ <input type="checkbox"/> 對比劑 _____ 總計 _____					
	請注意 PET/MR 之 MR 為 3T 磁場環境，所有研究病患須遵循進入高磁場檢查注意事項，避免安排後無法進入取消檢查					
受理記錄						
核醫部放化製藥組	核醫部造影組	計畫主持人		單位主管(核醫部或放射線部主任均可)		

1. 請填寫後繳回全方位正子磁振影像中心，或傳真至(02)2875-7312。若有研究助理請留下姓名與聯絡方式(姓名：\_\_\_\_\_ TEL：\_\_\_\_\_)
2. 洽詢電話：(02) 2875-7868 轉 526(全方位正子磁振影像中心造影室)
3. 收費方式：核醫正子(PET)研究費用為 15000 元整，放射線部磁振(MR)研究費用 6000 元整(不打藥)、(MR)研究費用 8500 元整(打藥)，請轉至各部科成本中心(核醫部正子中心 02710/放射線部 00800)，並於研究計畫開始前繳清費用。