

**臺北榮民總醫院**  
**Taipei Veterans General Hospital**  
**放射線部磁振造影檢查說明書暨同意書**

**磁振造影檢查說明書**

病室床號\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_科別\_\_\_\_\_

病歷號\_\_\_\_\_ - ☐

病人姓名\_\_\_\_\_ 性別 ☐男 ☐女

病人出生日期\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

### 一、檢查的目的與效益

偵測體內臟器的情形，助於了解病情，為後續的治療做準備或評估先前治療的效果。

### 二、檢查的方式

經由特定的磁場及非游離輻射性電磁波的激發原理成像來進行影像檢查，必要時由靜脈或其他體外方式(如：關節腔)注射對比劑增加對疾病的偵測能力及評估效果。

### 三、檢查的風險

1. 磁振造影檢查本身無游離輻射性，對人體沒有傷害。
2. 檢查在強大磁場中進行，為維護受檢者的安全和提高診斷精確度，有下列狀況的受檢者，請務必在接受本檢查前告訴工作人員，以免發生危險：
  - ◎ 有心律調節器或人工心臟瓣膜
  - ◎ 曾接受頭部動脈瘤手術且使用止血夾或血管支架
  - ◎ 曾遭受外傷而眼眶內可能留有殘餘金屬碎片
  - ◎ 體內有下列裝置：人工電子耳、胰島素體內注射器、體內電極、刺激器、神經刺激器、其它植入之藥物注射器、磁固定或磁控裝置、透皮給藥系統(Nitro)、皮膚軟組織擴張器(整形手術)等
  - ◎ 曾接受過下列手術：利用鋼絲縫合或鋼片、鋼釘固定或裝置人工關節、金屬性假牙或鑲牙
  - ◎ 皮膚上有大面積刺青或配戴有色隱形眼鏡
  - ◎ 曾有藥物或食物過敏(如有，請於同意書上填寫過敏藥物或食物名稱)
  - ◎ 懷孕(懷孕前三個月一般不建議做磁振造影檢查，除非不做此檢查會危及母親的安危)：懷孕期間也不建議施打磁振造影對比劑。

### 四、檢查的併發症、機率及可能處理方式

1. 磁振造影檢查經常須注射對比劑以確認診斷。此種含釗對比劑遠比一般 X 光檢查所用的含碘對比劑更為安全，惟仍有少數受檢者可能會產生下列不良反應：(1)局部靜脈或肌肉疼痛。(2)對藥物的過敏，反應如下：噁心、嘔吐、腹痛、盜汗、全身不適、發熱感覺、蕁麻疹的全身發癢、呼吸困難等。危及性命的過敏反應機率約為 0.001% ~ 0.01%。因注射此藥物過敏而休克猝死的個案數極少。

(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。

頁數 1/4

2. 磁振造影檢查注射的含釓對比劑主要是由腎臟排泄。腎臟功能正常的人，此對比劑幾乎百分之百在 24 小時後排出體外。腎功能不良者無法有效迅速排泄此對比劑，此對比劑在體內滯積而導致組織纖維化病變的比率約 3~5%；對於目前需洗腎者，為避免對比劑滯留體內，建議將磁振造影檢查安排於血液透析洗腎前進行。

## 五、不實施檢查之後果及其他可能代替之方式

1. 您也可以不注射對比劑來進行磁振造影檢查，但是對某些的疾病，這樣的檢查方式將使檢查價值與診斷的準確性大幅降低。
2. 如需以其他的影像檢查來代替磁振造影檢查，請與放射診斷科醫師或您的臨床醫師討論。

## 六、檢查的前、中、後注意事項

1. 無法按時接受檢查者，請事先通知，另約時間，否則視同棄權（通知電話：28712121 分機 3038）。
2. 無法配合檢查之兒童（小於 14 歲者），或有密閉空間恐懼症者，請安排在有麻醉醫師在現場麻醉的時段進行檢查。
3. 需要注射對比劑之受檢者，請於受檢前完成抽血檢驗腎臟功能（需三個月內的檢驗數值）。如磁振造影檢查當日才在本院抽血檢驗者，請提前於受檢時間前兩小時到本院檢驗部門完成抽血檢驗，並告知抽血人員接續要做磁振造影，以急件處理。
4. 受檢時請注意：(1)請勿攜帶貴重物品，以免遺失。(2)穿無金屬鈕釦或拉鍊之保暖衣褲受檢為佳。(3)慢性藥物仍照常服用(如心臟病藥、高血壓藥)；\*\* 需空腹受檢者請勿服用糖尿病藥物 \*\*。
5. 檢查時間因各人病情而異，如有延時狀況，敬請耐心等待。
6. 檢查後除特殊狀況外，一般無特別注意事項，一切作息正常。

## 七、健保給付說明

1. 符合健保規定的磁振造影檢查及對比劑是由健保給付，未來如有變動，則依新規定辦理。
2. 自費受檢時，每一檢查部位收費一次，使用對比劑或不需使用對比劑者收費不同；如需使用健保未給付之特殊對比劑時也需自費；自費金額依本院自費收費標準收取。聯絡暨諮詢電話：02-28757594 放射線部

※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。

頁數 2/4

## 臺北榮民總醫院放射線部磁振造影檢查同意書

病室床號\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_科別\_\_\_\_\_

病歷號\_\_\_\_\_ - ☐

病人姓名\_\_\_\_\_性別 ☐男 ☐女

病人出生日期\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

### 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：磁振造影檢查
3. 建議檢查原因：

### 二、醫師之聲明（請逐項完成並請打勾）

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，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、檢查方式、風險；不實施檢查之可能後果，其他可能替代之檢查方式，檢查的併發症、機率及可能處理方式。
- ☐ 已告知病人體內如有不能接受磁振造影檢查的裝置，務必於接受檢查前告知。
- ☐ 已確實告知腎功能不良者接受注射含釷對比劑發生腎源性系統性纖維化（NSF）的機率約為3~5%。需要洗腎的病患於接受磁振造影對比劑後，應盡快進行血液透析以排除體內之對比劑。
- ☐ 已詢問病人是否能配合檢查；如病人無法配合檢查，已與病人討論並安排適當之處理(如鎮靜、麻醉方式)或其他替代檢查方式。
- ☐ 已確認病人體內是否有磁振造影檢查之前或之後需做特別調控的植入裝置（如：磁振造影相容之心臟節律器，中樞神經刺激器、人工電子耳等）並已為之安排必要之處置。
- ☐ 已為腎臟功能不明的病人安排抽血檢驗腎功能。
- ☐ 如另有治療相關說明資料，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) \_\_\_\_\_
- (3) \_\_\_\_\_

說明醫師：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_時\_\_\_\_分

### 三、病人之聲明

病室床號\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_科別\_\_\_\_\_

體重\_\_\_\_\_公斤

病歷號\_\_\_\_\_ - ☐

病人姓名\_\_\_\_\_性別 ☐男 ☐女

病人出生日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

1. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個檢查的必要性、步驟、風險、可能的併發症、不進行檢查之風險、及其他可能代替之方式等相關資訊。
2. 醫師已向我解釋，並且我已瞭解腎功能不良者接受注射含釷對比劑約有 3~5%的機率會發生腎源性系統性纖維化(NSF)；我也瞭解對某些疾病，不注射對比劑會降低檢查的價值與診斷的準確性。
3. 為維護自身的安全和提高診斷精確度，我已逐項確認下列狀況(如有，請打 V；如無，請打 X)：
  - ☐ 我體內有心律調節器或人工心臟瓣膜。(若有，請填寫廠牌型號：\_\_\_\_\_)
  - ☐ 我曾接受頭部動脈瘤手術且使用止血夾或血管支架。
  - ☐ 我曾接受過下列手術(請圈選)：利用鋼絲縫合或鋼片、鋼釘固定或裝置人工關節、金屬性假牙或鑲牙。
  - ☐ 我體內有下列裝置(請圈選)：人工電子耳、胰島素體內注射器、體內電極、刺激器、神經刺激器、其它植入之藥物注射器、磁固定或磁控裝置、透皮給藥系統(Nitro)、皮膚軟組織擴張器或有其它植入物(請說明：\_\_\_\_\_ )。
  - ☐ 我眼眶內或身體其他部位可能有殘餘金屬碎片。
  - ☐ 我的腎臟功能不良或正接受洗腎【血液、腹膜透析(請圈選)】。
  - ☐ 我曾有藥物或食物過敏，藥物或食物名稱：\_\_\_\_\_。
  - ☐ 我現在有懷孕。
  - ☐ 我皮膚上有大面積刺青或有紋眉、紋眼線。
  - ☐ 我有配戴有色隱形眼鏡。
  - ☐ 我了解進入磁共振造影檢查室接受檢查時，需卸除身上所有可以移除之有金屬成份的裝置、配件、衣物及磁卡。
4. 我瞭解這個檢查可能是目前最適當的選擇，但無法保證一定能改善病情。

基於上述聲明，我同意進行此檢查並 ☐同意 ☐不同意 接受注射對比劑

立同意書人：\_\_\_\_\_關係：病人之\_\_\_\_\_

住址：\_\_\_\_\_電話：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_時

見證人：\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_時

附註一、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。

附註二、見證人部分，如無見證人得免填載。

附註三、病人為未成年人或無法親自簽具者，得由醫療法規定之人員(法定代理人、配偶、親屬或關係人)簽名。

## 臺北榮民總醫院放射線部磁振造影檢查同意書

病室床號\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_科別\_\_\_\_\_

病歷號\_\_\_\_\_ - ☐

病人姓名\_\_\_\_\_性別 ☐男 ☐女

病人出生日期\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

### 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：磁振造影檢查
3. 建議檢查原因：

### 二、醫師之聲明（請逐項完成並請打勾）

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，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、檢查方式、風險；不實施檢查之可能後果，其他可能替代之檢查方式，檢查的併發症、機率及可能處理方式。
- ☐ 已告知病人體內如有不能接受磁振造影檢查的裝置，務必於接受檢查前告知。
- ☐ 已確實告知腎功能不良者接受注射含釷對比劑發生腎源性系統性纖維化（NSF）的機率約為3~5%。需要洗腎的病患於接受磁振造影對比劑後，應盡快進行血液透析以排除體內之對比劑。
- ☐ 已詢問病人是否能配合檢查；如病人無法配合檢查，已與病人討論並安排適當之處理(如鎮靜、麻醉方式)或其他替代檢查方式。
- ☐ 已確認病人體內是否有磁振造影檢查之前或之後需做特別調控的植入裝置（如：磁振造影相容之心臟節律器，中樞神經刺激器、人工電子耳等）並已為之安排必要之處置。
- ☐ 已為腎臟功能不明的病人安排抽血檢驗腎功能。
- ☐ 如另有治療相關說明資料，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) \_\_\_\_\_
- (3) \_\_\_\_\_

說明醫師：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_時\_\_\_\_分

### 三、病人之聲明

病室床號\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_科別\_\_\_\_\_

體重\_\_\_\_\_公斤

病歷號\_\_\_\_\_ - ☐

病人姓名\_\_\_\_\_性別 ☐男 ☐女

病人出生日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

1. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個檢查的必要性、步驟、風險、可能的併發症、不進行檢查之風險、及其他可能代替之方式等相關資訊。
2. 醫師已向我解釋，並且我已瞭解腎功能不良者接受注射含釷對比劑約有 3~5%的機率會發生腎源性系統性纖維化(NSF)；我也瞭解對某些疾病，不注射對比劑會降低檢查的價值與診斷的準確性。
3. 為維護自身的安全和提高診斷精確度，我已逐項確認下列狀況(如有，請打 V；如無，請打 X)：
  - ☐ 我體內有心律調節器或人工心臟瓣膜。(若有，請填寫廠牌型號：\_\_\_\_\_)
  - ☐ 我曾接受頭部動脈瘤手術且使用止血夾或血管支架。
  - ☐ 我曾接受過下列手術(請圈選)：利用鋼絲縫合或鋼片、鋼釘固定或裝置人工關節、金屬性假牙或鑲牙。
  - ☐ 我體內有下列裝置(請圈選)：人工電子耳、胰島素體內注射器、體內電極、刺激器、神經刺激器、其它植入之藥物注射器、磁固定或磁控裝置、透皮給藥系統(Nitro)、皮膚軟組織擴張器或有其它植入物(請說明：\_\_\_\_\_ )。
  - ☐ 我眼眶內或身體其他部位可能有殘餘金屬碎片。
  - ☐ 我的腎臟功能不良或正接受洗腎【血液、腹膜透析(請圈選)】。
  - ☐ 我曾有藥物或食物過敏，藥物或食物名稱：\_\_\_\_\_。
  - ☐ 我現在有懷孕。
  - ☐ 我皮膚上有大面積刺青或有紋眉、紋眼線。
  - ☐ 我有配戴有色隱形眼鏡。
  - ☐ 我了解進入磁共振造影檢查室接受檢查時，需卸除身上所有可以移除之有金屬成份的裝置、配件、衣物及磁卡。
4. 我瞭解這個檢查可能是目前最適當的選擇，但無法保證一定能改善病情。

基於上述聲明，我同意進行此檢查並 ☐同意 ☐不同意 接受注射對比劑

立同意書人：\_\_\_\_\_關係：病人之\_\_\_\_\_

住址：\_\_\_\_\_電話：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_時

見證人：\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_時

附註一、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。

附註二、見證人部分，如無見證人得免填載。

附註三、病人為未成年人或無法親自簽具者，得由醫療法規定之人員(法定代理人、配偶、親屬或關係人)簽名。