

病歷號：

姓名：

生日：西元 年 月 日

國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院

National Taiwan University Hospital Yun-Lin Branch

複次階段運動心電圖檢查說明暨同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第 1 頁

複次階段運動心電圖檢查說明書

這份說明書是有關您即將接受的醫療處置之效益、風險及替代方案的書面說明，可做為您與醫師討論時的補充資料。最重要的是我們希望您能充分瞭解資料的內容，所以請仔細閱讀。

※ 一般注意事項：

- 一、須帶 IC 健保卡、檢查通知單及說明書暨同意書。
- 二、請依預約通知單所安排之時間至檢查室報到。
- 三、檢查時間約需 20 分鐘。
- 四、如臨時因故需更改日期，請於上班時間(星期一至星期五，上午 8-12 時；下午 1-5 時，不包含國定假日)提早與檢查室人員連絡。
- 五、排程時間為報到時間，因受檢者情況不同與實際檢查時間會有出入，敬請耐心等待。

※ 檢查注意事項：

一、檢查前注意事項：

1. 不需禁食(照常飲食及服藥)，**請務必用餐後**，再入內報到。
2. 有胸毛者，請先刮除。
3. 為了避免干擾檢查結果，檢查時請赤腳，若不方便者請自備運動鞋。
4. 儘可能穿著寬鬆短袖運動上衣，以純棉為佳；請勿穿著過長或毛料運動長褲；女性勿著塑身內衣、洋裝及褲襪。
5. 請自行攜帶擦拭毛巾，並自備開水以供運動後飲用。
6. 儘量請家屬陪同受檢。

二、檢查中注意事項：

請配合檢查人員指示。

三、檢查後注意事項：

請於檢查後五個工作天(不含檢查當日及例假日)，自行約掛門診或依原主治醫師預約之門診時間看檢查結果。

四、其它注意事項：

1. 若於檢查當日，有安排其它檢查項目，請務必先告知檢查人員。
2. 若遇特殊事件(如颱風)，隔日可以電話聯絡改期。

病歷號：

姓名：

生日：西元 年 月 日

檢查之適應症及作法：(簡述)

運動心電圖是藉由逐步增加運動量，讓心臟的負荷加大，氧氣需求量增加，在此情況下評估心臟是否有因負荷增加，心肌供氧不足而產生心電圖變化的情形，進而瞭解冠狀動脈是否阻塞，檢查出冠心病，並早期治療以預防心肌梗塞及相關併發症。

適應症：

- 1.胸悶、胸痛或呼吸困難症狀，懷疑罹患冠狀動脈疾病。
- 2.藉由逐步增加運動負荷以評估心肺功能及體能耐耐力或相關術後追蹤。
- 3.慢性穩定型心絞痛或心肌梗塞後患者的預後及心臟功能評估。
- 4.臨床上懷疑經由運動所引發之心律不整。

檢查效益：(經由此醫療處置，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；且醫療處置效益與風險性間的取捨，應由您決定。)

- 1.以非侵襲性方式了解心臟是否因心肌耗氧量提高超過供應量(當冠狀動脈阻塞)，心電圖出現變化或是病人產生胸痛的徵狀，以提供醫師進行診斷與治療建議。
- 2.檢查成功率：運動須達到最大年齡心搏率 85%以上，才具有檢測效力。
- 3.檢查結果未必百分百正確，依個人相關冠心病風險因子、臨床症狀而影響檢測結果之預測能力。

檢查風險：(沒有任何醫療處置是完全沒有風險的，以下所列的風險已被認定，但是仍然可能有一些醫師無法預期的風險未列出。)

此項檢查乃藉由跑步機運動方式，促使心跳加速、血壓上升，讓心臟負荷增加，偵測心臟是否因運動而產生缺氧現象，少數病患在檢查中，會有嚴重胸痛或急性心律不整、急性心肌梗塞發作。(本項檢查之併發症機率為：合併症：1.40-8.86/萬人次、包括 1.心肌梗塞：0.14-3.58/萬人次、2.急性肺水腫：0.24/萬人次、3.嚴重心律不整：0.73-4.78/萬人次、4.死亡率：0.24-0.5/萬人次)

病歷號：
姓名：
生日：西元 年 月 日

複次階段運動心電圖檢查說明暨同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書 第 3 頁

(複次階段運動心電圖檢查說明書承上頁)

替代方案：(此醫療處置的替代方案如下，如果您決定不施行此醫療處置，可能會有危險，請與醫師討論您的決定。)

1. 核子醫學心肌血流灌注掃描檢查。
2. 超高速電腦斷層冠狀動脈造影(自費且不具功能性診斷意義)。
3. 不實施這個檢查可能的後果：無法以此非侵襲性方式檢查是否罹患冠心症或其他相關心臟疾病。

醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋：(如無，請填寫無)

無

說明醫師： (簽章)

日期：西元 年 月 日 時間： 時 分

複次階段運動心電圖檢查同意書

病人：_____，出生於西元_____年_____月_____日，因_____，需接受複次階段運動心電圖檢查。立同意書人已經與醫師討論過接受此醫療處置的效益、風險及替代方案，對醫師的說明都已充分了解且同意由貴院施行該項醫療處置。

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：_____

日期：西元 年 月 日 時間： 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，得由警消人員、社工或志工簽署見證，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。)

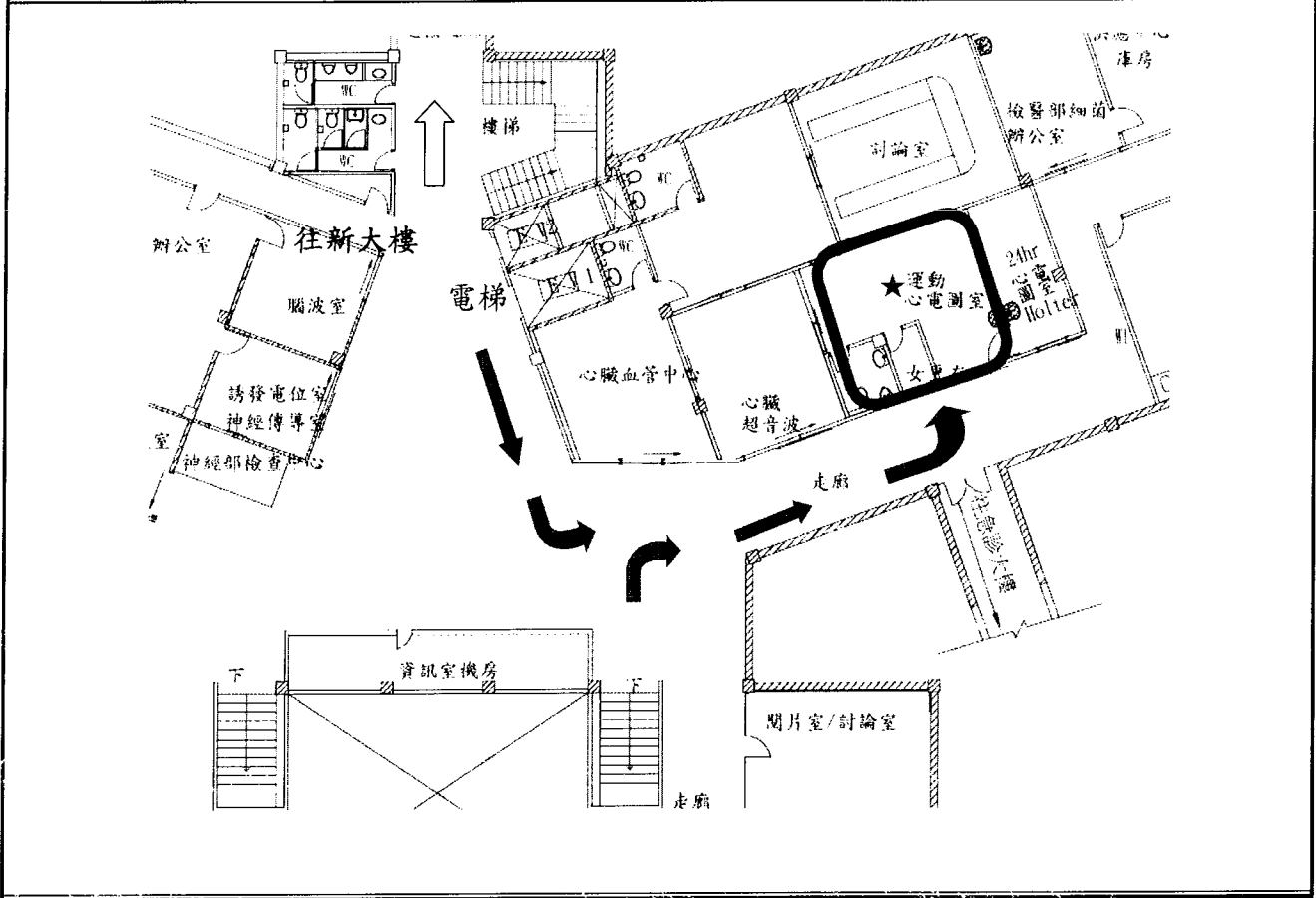
見證人 1： (簽章) 見證人 2： (簽章)

見證人 1 身分證字號：_____ 見證人 2 身分證字號：_____

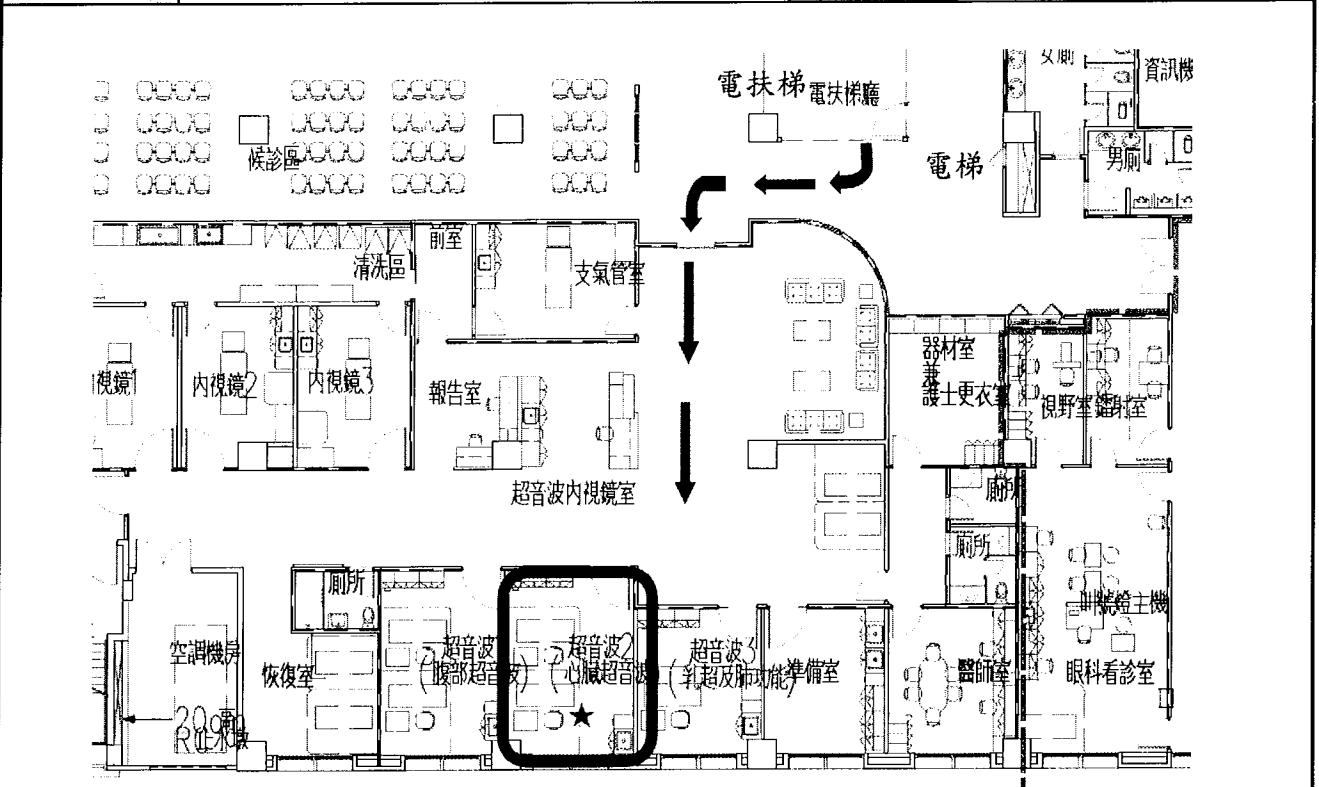
日期：西元 年 月 日 時間： 時 分

國立臺灣大學醫學院附設醫院 雲林分院
 National Taiwan University Hospital Yun-Lin Branch
 複次階段運動心電圖檢查地點簡要圖示

檢查地點	斗六院區 舊大樓2樓 心臟超音波室	連絡電話	05-5323911 轉2135或2136
------	-------------------	------	-----------------------



檢查地點	虎尾院區 心臟超音波室(運動心電圖室)	連絡電話	05-6330002 轉8274
------	---------------------	------	------------------



資料來源 心臟超音波室	繪圖 工務室	說明書修訂日期 104年08月24日
----------------	-----------	-----------------------