

病歷號：

姓名：

生日：西元 年 月 日

泌尿道攝影檢查說明暨同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

泌尿道攝影檢查說明書

這份說明書是有關您即將接受的醫療處置的效益、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；如果經醫師說明後您還有對這個醫療處置的任何疑問，請在簽名前再與您的醫師充分討論，醫師會很樂意為您解答，讓我們一起為了您的健康努力。

手術/醫療處置之適應症及作法：（簡述）

適應症：經臨床醫師評估認為病情有需要者。

※一般注意事項：

1. 請依檢查單上報到時間，攜帶本說明書暨同意書及健保 IC 卡，至影像醫學部櫃檯辦理報到。攝影檢查時間約需 30~90 分鐘。
2. 如需更改日期請於預約檢查前一日，請與檢查單位聯絡。電話：（斗六院區：05-5323911 轉 5001，虎尾院區：05-6330002 轉 8124）。
3. 必須有家屬陪伴。如有懷孕、藥物過敏病史、心臟病、腎臟病、攝護腺肥大，請先告知檢查室醫師及護理師。天冷可著衛生衣褲，但不要有扣子或拉鍊。
4. 須有三個月內之腎功能檢查報告（血清肌酸酐（Creatinine）值），門診病患請至少於受檢日三天前完成抽血檢查。住院及急診病患，若依醫師判斷其病情可能導致急性腎功能惡化者，建議於檢查前短期內再次確認血清肌酸酐值。不便至本院檢驗者，可攜帶三個月內其他醫院或醫事檢驗機構之血清肌酸酐（Creatinine）正式報告於受檢當天供參考。

※特殊注意事項：

一、檢查前注意事項：

1. 檢查前二天，禁止吃任何富含肉類或蛋類之食物。檢查前一天，食用稀飯或殘渣較少之食物。
2. 檢查前一天，依照醫囑吩咐使用清腸劑。
3. 檢查當天早上六點自行用大粒坐藥灌腸（藥灌入肛門內忍半小時後才入廁），並盡量排便乾淨（二、三次以上）。當日早上八點以前吃完早餐，請於八點後至檢查前禁食且不喝水，但可搭配 50cc 以內的白開水服用藥物，如心臟病及降血壓藥物；但降血糖藥暫勿服用，以免血糖因禁食而降得太低，導致身體不適。
4. 如有懷孕、藥物過敏、心臟病、青光眼、攝護腺肥大，請先告知檢查室護士或醫師。
5. 檢查前請先解小便。

二、檢查後注意事項：

1. 檢查後，請多喝開水，以利顯影劑之儘快由小便排出。
2. 請於檢查後七天（檢查當日及例假日不算），自行掛門診或依醫師原預約門診看檢查結果。

作法：受檢者平躺於 X 光檢查台上接受腹部 X 光照射，之後需打針並施打血管內顯影劑，打完顯影劑後還需在檢查台上平躺等待並再照射幾次腹部 X 光（依個人狀況有時須等候較長時間），有些人還需半側躺改變姿勢再照相，之後會在檢查室外喝水將膀胱脹滿後再進檢查室照相，部份人可能要在解尿後再進檢查室照相。

醫療處置效益：（經由醫療處置，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。）偵測並評估病灶。

病歷號：

姓名：

生日：西元 年 月 日

泌尿道攝影檢查說明暨同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

(泌尿道攝影檢查說明書承上頁)

醫療處置風險：(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。)

本檢查須經靜脈注入含碘之造影劑，由於本身特異體質而對含碘之造影劑產生不良反應者，其相關之副作用，如噁心、嘔吐、異物嗆入及吸入性肺炎、皮膚紅斑、蕁麻疹、腎功能受損及洗腎、支氣管攣縮，喉部水腫及呼吸困難、血壓驟降、心跳停止、休克，甚至死亡，死亡率據報告有一萬二千分之一。而有過敏病史者其機率為常人之二倍。

替代方案：

如電腦斷層攝影或泌尿道超音波…等，如有任何疑問，請向您的臨床醫師諮詢。

醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋：(如無，請填寫無)

說明醫師：

(簽章)

日期：西元

年

月

日

時間：

時

分

泌尿道攝影檢查同意書

病人：_____，病歷號碼_____，出生於西元_____年_____月_____日，
因患_____，需接受**泌尿道攝影檢查**。立同意書人已經與醫師討論過接受這個
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。

檢查之輻射劑量對胎兒恐有傷害，請您確認以下事項：是否有懷孕？ 是 否

立同意書人：

(簽章)

身分證字號：

病人意識清楚，無家屬陪同，同意做此檢查。

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，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

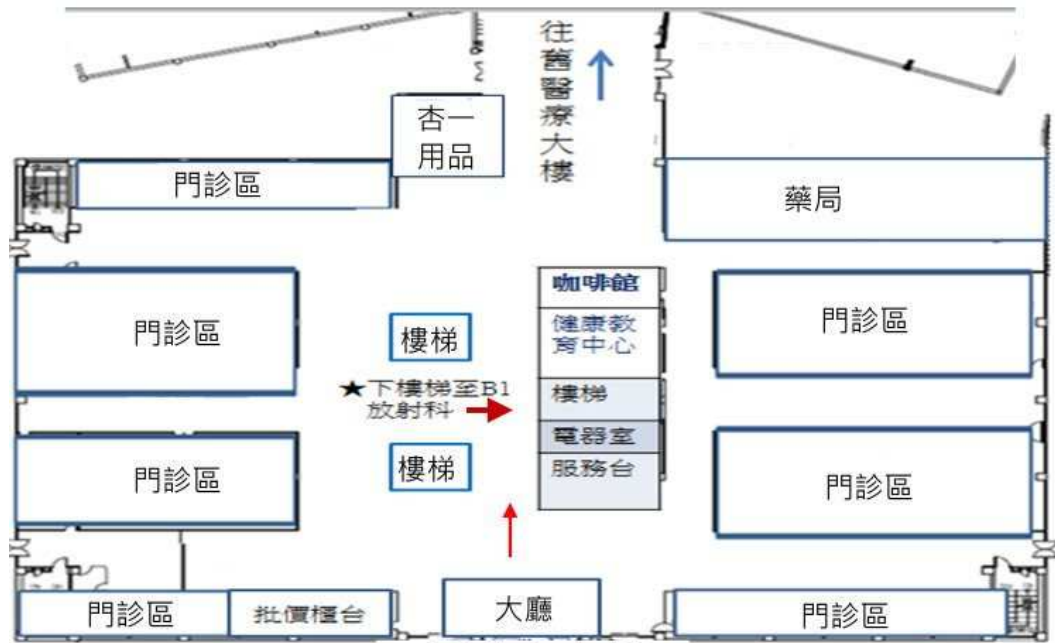
時間：

時

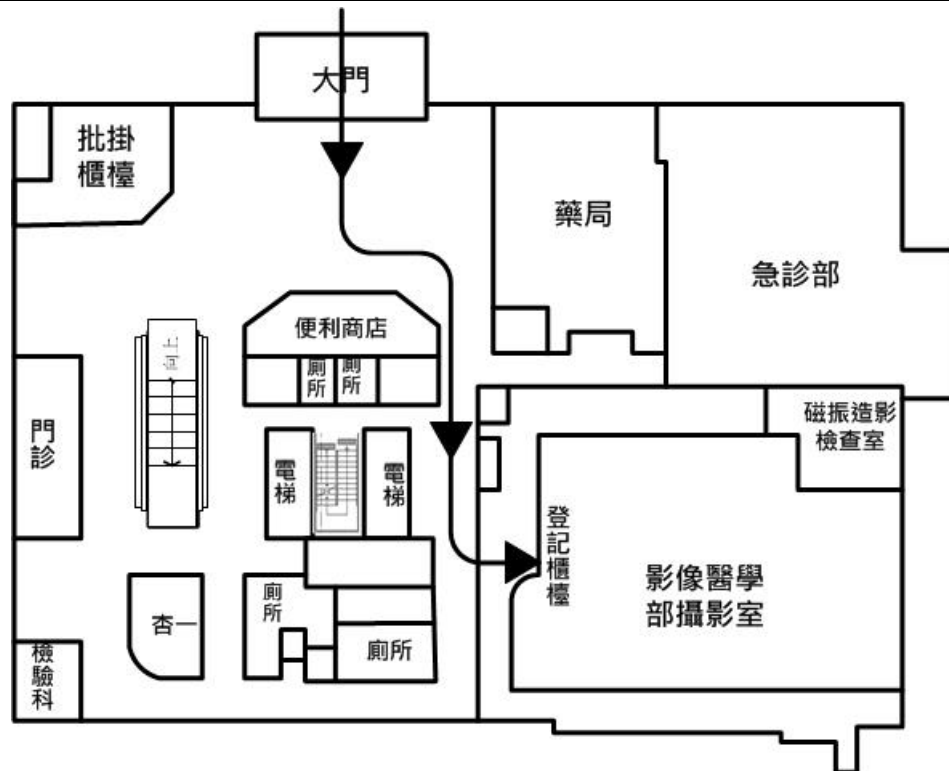
分

國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院
National Taiwan University Hospital Yunlin Branch
台大醫院雲林分院泌尿道攝影檢查地點簡要圖示

檢 查 地 點	台大醫院雲林分院影像醫學部	聯 絡 電 話	斗六：(05)5323911#5001 虎尾：(05)6330002#8124
------------	---------------	------------	--



新醫療大樓
斗六院區新醫療大樓一樓平面圖



虎尾院區影像醫學部指示圖

資 料 來 源 影像醫學部	繪 圖 工務室、影醫部	說明書修訂日期 102年11月13日
------------------	----------------	-----------------------

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 Yunlin Branch

影像醫學部顯影劑施打前評估風險流程

※請您先閱讀以下問題，並完成已知項目，其餘部分會由檢查室的醫師為您完成。

• 過去曾經發生過敏的病史? Allergy

- 無(nil)
- 過去在打顯影劑(previous contrast)時曾發生過敏現象，種類為：_____
- 對食物或藥物過敏(food, drug, others)，種類為：_____
- 不清楚

• 禁忌症 Contraindication

- 無(nil)
- 嚴重的甲狀腺亢進(Severe hyperthyroidism)
- 嚴重的心臟衰竭(De-compensated heart failure)
- 嚴重的肝腎症候群(Severe hepato-renal dysfunction)
- 少尿或無尿(Oligouria/ anuria)

• 高風險評估 High Risk Condition

- 無(nil)
- 氣喘(易過敏體質) Asthma (allergy constitution)
- 腎臟功能異常(Renal dysfunction)
- 心血管疾病(Cardiovascular disease)
- 肺動脈高壓(Pulmonary hypertension)
- 腦部疾病(Cerebral disease)
- 甲狀腺疾病(Thyroid disease)
- 嗜鉻細胞瘤(Pheochromocytoma)
- 正在服用美氟明類糖尿病藥物(DM on Metformin®)
- 其他 Others：_____

• 顯影劑滲漏高風險評估 High Risk Condition Contrast Extravasation

- 無(nil)
- 意識不清無痛覺反應(unconsciousness, no painful sensation)
- 躁動(agitation)
- 皮膚水腫，靜脈循環不佳(有開過刀或中心靜脈阻塞)(poor venous circulation)
- 血管細小易破(small diameter or easily ruptured vessels)
- 留置針在關節或約束帶固定處(catheter near joint)，不易評估腫脹

最近三個月內的 Cre 值：_____ (mg/dL)

評估醫師：_____

日期：西元 年 月 日

如非本院檢驗資料，請檢附：

受檢醫療院所名稱：

日期：西元 年 月 日

西元 2013 年 07 月 09 日 病歷管理委員會審核通過 MR06-192
西元 2015 年 07 月 14 日 病歷管理委員會修訂通過 MR06-192

文件編號

0310-4-422

版次

02