

# 國立成功大學醫學院附設醫院

## 高階雙能心臟冠狀動脈電腦斷層掃描攝影檢查說明暨同意書

姓名：測試用 性別：男 出生日期：1961年05月15日 病歷號碼：00000000

第 1 / 2 頁

這份說明書是有關您即將接受的檢查/處置的效益、風險及替代方案的書面說明暨同意書，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份瞭解資料的內容，所以請仔細閱讀；如果經醫師說明後您還有對這個檢查/處置的任何疑問，請與醫師充分討論，醫師會很樂意為您解答，讓我們一起為了您的健康努力。

### 壹、檢查/處置之適應症：

- 一、評估心臟冠狀動脈狹窄程度、血管壁上鈣化或粥狀硬化斑沉積的程度：可協助心肌梗塞高危險患者（如：高血壓、糖尿病、高血脂、抽煙、有家族史）檢查是否此相關之心臟疾病。
- 二、可作為先天性冠狀動脈異常、心臟繞道手術後追蹤或進行心導管檢查前的篩檢。

### 貳、檢查/處置前注意事項：

一、病人有以下特殊情形者，請勾選：

- 曾有使用含碘顯影劑而出現重度不良反應的病史。
- 糖尿病、使用Metformin(庫魯化錠、驅糖樂)。
- 腎臟疾病、蛋白尿、腎臟手術、使用腎毒性藥物。
- 甲狀腺功能亢進。
- 六周內有計畫接受甲狀腺同位素攝影或治療。
- 懷孕。

二、檢查前24小時，嚴禁酒精、含咖啡因的飲料，如：咖啡、茶或運動飲料。

三、檢查前4小時，全面禁食，但水、治療高血壓及心臟病之藥物仍可服用。

★禁食期間勿服用降血糖藥物，以免發生血糖過低！

四、檢查當日需有親友陪伴，並請依報到時間至放射診斷部電腦斷層櫃台報到，以免下一位檢查者之權利。

### 參、檢查/處置之實施步驟：

- 一、先換上檢查服，並測量心跳及血壓。
- 二、護理師將協助施打靜脈留置針於您的手臂位置。若周邊血管過細，必要時需於雙側手肘放置22號靜脈留置針。
- 三、躺在電腦斷層檢查台上，請將雙手上抬、放寬在頭部的的位置。胸前會貼置心電圖貼片以監測心律，並給予硝化甘油舌下含錠(提升冠狀動脈可見性)及接上顯影劑注射器。
- 四、掃描之前放射師或醫師將會反覆確認您呼吸及閉氣的情形。
- 五、掃描過程約10秒左右，必需全程閉氣，同時顯影劑會由靜脈留置針注射入血管內，您會有全身溫暖的熱感，最多持續2-3分鐘。
- 六、檢查完成後，觀察約20~30分鐘，若沒有其他不舒服的情形，護理師會協助將靜脈留置針移除，並可和平常一樣正常地活動及飲食。

### 肆、檢查/處置之效益：

- 一、評估心臟冠狀動脈狹窄程度。
- 二、血管壁上鈣化或粥狀硬化斑沉積的程度。
- 三、先天性冠狀動脈異常檢測。
- 四、心導管檢查前的篩檢。
- 五、心臟繞道手術後追蹤。

### 伍、檢查/處置之風險：（沒有任何檢查/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。）

一、靜脈注射顯影劑的不適反應與副作用

(一)不適反應：如頭痛、噁心、嘔吐、發熱等，依病人狀況不同而有不同程度的反應，多在注射後數分鐘至數十分鐘內逐漸消退。

(二)過敏：

國立成功大學醫學院附設醫院

高階雙能心臟冠狀動脈電腦斷層掃描攝影檢查說明暨同意書

姓名：測試用 性別：男 出生日期：1961年05月15日 病歷號碼：00000000

第 2 / 2 頁

1. 輕微：皮膚癢、紅疹(機率為5~10/100)。
  2. 嚴重：休克(喉部痙攣水腫，機率為1/10000)。
  3. 最嚴重：心臟衰竭(機率為1/20000~1/40000)。
  - (三) 腎毒性：顯影劑是檢查用，非治療性藥物，不會被人體吸收，大部分經由腎臟代謝後，隨著尿液排出體外。對腎臟功能不佳的病人，其代謝過程可能會造成腎臟功能的惡化，嚴重者更可能需短期，甚至長期接受洗腎。(顯影劑引起的腎病變在健康人的機率是小於1%；在糖尿病併輕微慢性腎功能不全者，引起腎病變的機率為9-40%。)
  - (四) 顯影劑滲漏：若周邊血管較細或較脆弱的話，少數病人可能會發生顯影劑滲漏到皮下組織的情形(尤其接受電腦斷層動脈血管掃描時，需大量且快速地經由周邊血管注射顯影劑)。絕大多數的滲漏可自行吸收，僅有極少數可能造成腔室症候群，需以外科方式處置治療。
  - (五) 未受良好控制的甲狀腺機能亢進者，可能因顯影劑中含有的碘而導致病情惡化。
- 二、輻射線暴露：暴露程度視掃描的範圍與儀器的設定而有不同。

**陸、替代方案：(這個檢查/處置的替代方案如下，如果您決定不施行這個檢查/處置，請與醫師討論您的決定)**

心導管攝影或其他影像學檢查。

**柒、不予檢查/處置可能導致的後果：**

影響疾病的診斷以及後續的醫療處置。

**捌、醫師補充說明/病人之疑問與解釋：**

說明醫師：蘇斐琳

(簽章) 蘇斐琳(已電子簽章)

日期:西元 2024 年 4 月 2 日 時間 7 時 41 分

病人之聲明：

本人(或家屬)已經與醫師討論過接受上述檢查/處置的效益、風險及替代方案等，立同意書人對醫師說明的內容都已充分了解，且瞭解接受本檢查/處置是必須且適當的選擇。基於上述之聲明，同意由貴院施行該項檢查/醫療處置。

立同意書人簽名：



與病人之關係：父母

住址：7788

電話：56775677

日期:西元 2024 年 4 月 12 日 時間 8 時 24 分