

**國立成功大學醫學院附設醫院**  
**磁共振造影檢查(不含顯影劑)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：

腦與脊椎腫瘤的發現及追蹤、急性外傷出血、退化性疾病、關節韌帶與骨骼肌肉、關節腔造影的替代、缺血性骨壞死病患、原發性骨腫瘤的侵犯程度認定、軟組織腫瘤、先天性心臟病及大血管疾病、主動脈剝離症、冠狀動脈造影、腹部疾病之診斷、四肢血管病變等。

### 貳、檢查/處置前注意事項：

(一)如有下列情況，請主動告知醫療人員：

1. 體內有電子裝置：心律調節器(Pacemaker)、體內去顫器、人工耳蝸(人工電子耳)、體內電極、神經刺激器、體內藥物注射器、透皮給藥系統或其他電子植入物。
2. 體內有金屬植入物(Implant)：人工關節、人工心臟瓣膜、血管支架、體內止血鉗、磁固定或磁控裝置、金屬假牙或體內留有其他金屬外來物等。
3. 使用外部裝置，如呼吸器、注射器或助聽器等。
4. 躁動、意識不清或無法配合檢查。
5. 患有密閉空間恐懼症(Claustrophobia)-處在狹小檢查室會造成嚴重的不舒服；不能搭電梯，或不能待在沒有窗戶的房間者。(多數病人不知自己有這類的問題)
6. 懷孕-在自然淘汰的機制下，在妊娠12週前約有15%~20%的自然流產率，統計上與染色體異常、子宮異常、內分泌異常、免疫異常、外在因素、不明原因...等有關。根據國際最新的大型研究，妊娠前12週接受核磁共振檢查，並不會增加胎兒流產、死產、先天異常的機率，也不會增加日後幼兒腫瘤、視力缺損或聽力缺損的機率。假如孕婦在接受核磁共振檢查前仍有疑慮，請先向開立此檢查的醫師諮詢。

※以上情況可能造成檢查禁忌症，致使檢查失敗。如有疑慮，請與臨床醫師充分討論。

(二)檢查前準備

1. 檢查範圍為腹部者，請於檢查前6小時禁食，但治療高血壓及心臟病之藥物仍可服用。2歲以下小朋友一律檢查前禁食2小時，3~10歲禁食4小時。
2. 檢查當日請穿著舒服輕便的服裝，或依醫護人員指示換上檢查衣。檢查前務必去除身上所有金屬物品，例如：髮夾、別針、手錶、耳環、鐵釦、可活動假牙...等。
3. 檢查當日請勿使小朋友睡太飽，以利檢查時較易入睡。必要時需使用鎮定劑。小朋友請多備一套無金屬扣衣服及尿片。

(三)報到須知

1. 檢查當日請提早20分鐘持檢查單、健保IC卡、檢查同意書至住院大樓磁共振室報到，逾時不候。
2. 無法前來檢查者，請最晚於檢查前两天，來電更改日期或取消檢查，否則將視同放棄。

※上班時間：星期一至五上午9:00~下午5:00，星期六上午9:00~12:00

連絡電話：(06)2353535轉4008或4009

3. 如檢查日期與核子醫學或電腦斷層同一天時，請來電更改時段。

### 參、檢查/處置之實施步驟：

- (一)嬰幼兒等無法配合者，檢查當日經評估，可能須以藥物鎮靜後才開始受檢。
- (二)檢查時依安排之檢查姿位躺在檢查台，放射師於控制室內操作攝影，檢查時間從20~60分鐘不等，檢查時身體必須保持完全不動且視病況會要求閉氣，請務必配合。
- (三)過程中會聽到類似敲打聲，有可能造成不適，檢查室會提供耳塞。
- (四)檢查完成後，若無身體不適即可離開。

### 肆、檢查/處置之效益：

國立成功大學醫學院附設醫院  
磁振造影檢查(不含顯影劑)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

獲取疾病的正確診斷，及時給與正確的醫療處置。

**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。）

若體內有金屬異物，可能造成局部組織受傷。

**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）

依病灶不同，尚有其他影像學之替代方案如電腦斷層、超音波…等其他影像檢查替代，請與您的臨床醫師討論。

**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：

住址：

電話：

日期:西元 年 月 日 時間 時 分