



醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院

KOO FOUNDATION SUN YAT-SEN CANCER CENTER

磁共振造影醫學影像檢查前例行問卷及同意書

姓 名：

出生日期：

性別：

身分證號：

病歷號碼：

檢查時間：____年____月____日 ☐上午 ☐下午____時____分

磁共振掃描檢查是一種在強磁場中進行的特殊檢查，為維護受檢病人的安全和提高診斷精確度，務請慎重填答下列問題。

1. 您目前的體重：_____公斤
2. 是否做過外科手術，☐是 ☐否，時間_____地點_____何種手術_____
3. 手術中是否有植入物，諸如：心臟節律器、人工瓣膜、腦血管瘤止血夾、耳朵手術、聽小骨或晶體置換物、人工關節、骨髓或軟骨組織有金屬性夾子或螺絲、靜脈血栓篩檢裝置、神經刺激器、人工乳房或人工陰莖、氣管切開金屬管、是否有子彈及刀械金屬物殘存於體內、是否有裝置心臟支架？☐是 ☐否（註：近三個月內裝有心臟支架者請先回原開刀之醫院詢問此項檢查是否可執行，並告知支架材質為何_____）。
4. 女性受檢者最近一次月經日期_____，是否懷孕；☐是☐否，不建議孕婦施打含釷顯影劑。
5. 您是否有其他健康上的問題？需要我們特別注意，例如：高血壓、心臟病、糖尿病或腎臟疾病等。請詳述_____
6. 磁共振檢查經常須使用靜脈注射顯影劑以確認是否病變。本檢查所使用的顯影劑為含釷(Gadolinium)的化合物。「本身帶有腎臟功能嚴重缺損者施打含釷類顯影劑可能會有『腎因性全身纖維硬化症nephrogenic systemic fibrosis (NSF)』的風險，若有腎臟功能異常病史，請務必告知您的醫師或檢查室工作人員。
7. 此種顯影劑仍有極少數患者會有產生不良反應之可能，據統計其不良反應及過敏率非常低（1.14%至3%）。這些反應大部份都是極為輕微的，如注射處局部溫熱感或微痛、噁心、頭痛及眩暈等；其他較嚴重的反應如身體局部抽搐、蕁麻疹、臉潮紅、咽喉炎、心跳加速及心律不整等，則較少發生（發生率約0.01%至0.07%）。嚴重過敏反應如休克致死極為罕見。如有必要注射顯影劑，是否同意？☐是 ☐否
8. 受檢者請注意以下任何物質絕對禁止進入檢查室；助聽器、電子器械、髮夾/髮髻、鋼筆/鉛筆、珠寶/手飾、耳環、手錶（數位顯示型例外）安全別針、銅板、含有磁帶之卡（信用卡、捷運票、金融卡等）指甲剪刀、鑰匙、錢幣夾、領帶夾。
9. 受檢者檢查當日請勿化妝、噴髮膠、塗指甲油、指甲貼飾、光療美甲等外加物品。倘若您有使用含金屬（包括鋁或其他金屬）背膠之貼片（包括止痛貼片、荷爾蒙貼片、戒煙貼片、針灸絆、磁力貼等）應予去除，避免掃描過程因過熱而灼傷。
10. 檢查當日請攜帶身份證、健保卡及收據。【若取消檢查需辦理退費，請於檢查日起3個月內持原收據至B1中央櫃檯辦理。謝謝！】

※本人完全明白以上說明事項，並據實填寫本問卷，絕不故意攜帶以上所禁止之物品進入檢查室。

※請提前十分鐘到一樓放射科1號報到，無法按時接受檢查者，應事先通知，另約檢查時間，否則作棄權論。

放射診斷科聯絡電話 2897-0011 轉 1105

因為即將進入**強磁場**的檢查環境，雖然您已更換檢查服，並移除身上可能含金屬或磁性的物品，但為了維護您的安全，請再一次逐項檢視自己身上物品，如果有不確定或有下列表未列出的物品，請向醫療工作人員詢問。

有	無	體內裝置人工物件	有	無	可能含金屬或磁性之體外物件
		心律調節器/調節器導線			助聽器耳機
		顱內動脈瘤血管夾			金屬拉鍊、金屬釦子
		動脈止血夾			可取下之牙套、假牙
		植入式神經刺激器或導線電極片			痠痛藥膏、酸痛貼片、磁力貼
					內衣有金屬內襯、金屬扣環
		人工心臟瓣膜			髮夾、髮飾、項鍊、戒指、手鍊、腳鍊、耳環、鼻環、舌環、肚環、錢包、皮夾、磁卡、信用卡、提款卡、別針、小刀、剪刀、打火機、暖暖包、鑰匙、錢幣、筆、隨身碟
		固定式假牙、植牙			
		胰島素幫浦、體內藥物注射器			
		分流導管			
		骨科手術置放之金屬棒、金屬盤針、螺絲、釘子、夾子、骨針或關節針、人工關節、義肢			眼鏡、手錶、手機
					任何髮品(如：髮膠、髮油等) 任何美甲(如：指甲油、指甲貼飾、光療美甲等) 臉部妝容(包括：化妝、眼影、口紅等)
		金屬網、過濾網			
		縫合線			刺青、紋眉、紋眼線
		槍彈碎片			止血沙袋
		眼睛有金屬碎屑			其他（請列出）
		人工耳蝸			
		其他（請列出）			

我已充分明瞭在磁振造影檢查室內嚴禁任何金屬或磁性物質，
且已逐項檢視自己身上的物品。

立同意書人：_____日 期：公元_____年____月____日
(立同意書人非病人本人時，請繼續填下列資訊)

關係：病人之 _____ 身分證號/居留證或護照號碼：_____

住址：_____聯絡電話：_____

【安檢確認】

護理師/放射師(擇一)簽名：_____日 期：公元_____年____月____日