



醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心院
KOO FOUNDATION SUN YAT-SEN CANCER CENTER
心血管電腦斷層掃描及注射對比劑同意書

姓 名: _____
出生日期: _____ 性別: _____
身分證號: _____
病歷號碼: _____

檢查時間：公元 20____年____月____日 ☐上午 ☐下午____時____分

※檢查前一般注意事項

- 您目前的身高：_____公分；體重：_____公斤。
- 您是否做過任何胸腔之手術？☐無 ☐有，請敘述之：_____
- 您身上是否有金屬置入物？☐無 ☐有：如心導管支架、骨泥、開刀置入金屬物；若為其他金屬物請敘述之：_____
- 若有服用「Levitra樂威壯」或「Viagra威而鋼」請於檢查前停藥24小時；若有服用「Cialis犀利士膜衣錠」壯陽藥物請於檢查前停藥48小時。因心跳速率快將造成影像模糊無法判讀，檢查前12小時內請勿飲用咖啡、茶、可樂，避免進食巧克力及抽菸。

不確定懷孕或已懷孕、哺乳中的情形，或您有對比劑過敏或氣喘、糖尿病、腎臟功能異常、貧血、心臟病、甲狀腺問題等請您必須在檢查前主動告知在場醫護人員。

- 一、☐ 本次檢查為心臟冠狀動脈鈣化指數分析(CAC)，不需注射對比劑，不用禁食（請直接跳至第2頁第三項簽名）。
- 二、☐ 本次檢查為冠狀動脈電腦斷層(CCTA)，須注射對比劑，檢查前4小時可進食清淡、少油流質飲食、例如米湯、果汁，檢查前1小時開始禁食，直至檢查結束。降血糖藥物除外，其他藥物請正常服用。並請詳讀以下檢查之說明。

※冠狀動脈電腦斷層檢查前特殊注意事項

1. 為了提供較好的影像品質，心跳速率需控制在一定的區間。因此心跳速率超過每分鐘65次以上者，將用口服藥物(Propranolol，商品名Inderal)以降低心跳，若有對藥物過敏或氣喘、慢性阻塞性肺疾病者，請告知工作人員。服藥後約需等待半小時至一個半小時讓心跳速率下降，請耐心等待。此藥物副作用包含心跳過慢、低血壓、頭暈、噁心等，若服用後有身體不適，請告知現場工作人員。心跳不規律或服藥後仍無法減慢心跳速率者，可能造成影像不清晰，影像品質預期不理想，繼而影響判讀之正確性。若您無法久候，或服藥後心律仍無法改善，可選擇取消當日檢查或改期。
2. 醫師會評估您的狀況，在合適的狀況下會請您口含舌下硝化甘油片(NTG)，擴張冠狀動脈血管，增加影像品質以利判讀。此藥物服用後會出現較為強烈的眩暈感，或發熱頭痛的情形。
3. 檢查時，需請您多次配合閉氣（每次約10秒），請配合工作人員指示。如未依指示配合可能造成影像假影，影像品質預期不理想。

※含碘對比劑施打注意事項

您的臨床醫師需要您進行心血管電腦斷層檢查（簡稱Coronary CT Angiography）以獲得進一步的臨床資訊。心血管電腦斷層檢查是利用X光和電腦技術產生身體構造的影像，需要注射含碘的對比劑，這是一種無色的液體，會經腎臟排出，不會影響尿液的顏色，這種對比劑對診斷很有幫助。本檢查過程需要由經過專業訓練的醫護人員，藉著無菌的注射器具，經由靜脈注入適當份量的顯影劑。一般而言，注射顯影劑是相當安全的，只是仍有些受檢者，可能會有輕微的藥物反應現象，例如：打噴嚏、噁心、嘔吐或蕁麻疹的徵狀出現，僅有極少數的人可能會有較嚴重的反應。不過請您放心，所有的醫護人員皆有充份的準備來處理此類反應。

■ 以下為對比劑使用前應該仔細答覆之項目：

- (1) 您現在是否有發燒現象？ ☐是 ☐否
- (2) 您是否有氣喘之病史？ ☐是 ☐否

(3) 您是否對任何經口服或注射藥物有所禁忌？ ☐是 ☐否

請敘述：_____

(4) 您是否有過敏病史？（尤其是海鮮類食物） ☐是 ☐否

請敘述過敏之情形：_____

(5) 您是否做過類似需注射對比劑的攝影檢查之經歷？ ☐是 ☐否

有無任何反應？ ☐無 ☐有，請敘述之：_____

(6) 您是否做過任何手術（包括器官切除之手術）？ ☐是 ☐否

(A)何時：_____何地：_____ (B)請敘述手術內容 _____

(7) 除了本項檢查外，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、腎臟疾病。

請敘述：_____

注射含碘對比劑是檢查所必需，對比劑發生不良反應也是常見，為符合先進國家潮流，降低醫療風險，符合臨床所需，提升醫療品質，達到造福群眾之目的。本檢查的益處是協助您的主治醫師作出診斷，然而也可以選擇其他的影像工具，但您的臨床醫師相信心血管電腦斷層檢查對於評估您目前的症狀和臨床狀況是最好的診斷工具。對於某些高風險（High risk）的受檢者；為預防腎毒性發生，我們建議您在檢查前、後務必多補充水分（患有充血性心衰竭除外）以避免體液不足。預防對比劑引起腎毒性的最好方法就是充足水份。

◎以下狀況是屬高風險：【如您是屬下列狀況之一的受檢者，請在☐勾選】

- (1) ☐ 充血性心臟衰竭(NYHA 心衰竭分期 $\geq$ II)、嚴重心律不整、惡性高血壓、不穩定性狹心症、心肌梗塞或肺高壓之最近病史或風險者。
- (2) ☐ 有重要器官衰竭者，如肝臟、肺臟、心臟、腎臟。
- (3) ☐ 腎臟功能不全者(Creatinine >2mg/dl)。
- (4) ☐ 氣喘急性發作期。
- (5) ☐ 糖尿病合併心、腎功能不全者。
- (6) ☐ 多發性骨髓瘤 (Multiple Myeloma)。
- (7) ☐ 曾對離子性對比劑過敏者。
- (8) ☐ 年齡大於75 歲及小於3 歲。
- (9) ☐ 多重外傷併有低血溶性休克之患者。
- (10) ☐ 甲狀腺機能亢進、重症肌無力、六週內傳統開腹手術。

三、以下的簽名代表我確實充分閱讀（或仔細聽醫護人員閱讀）這份同意書的內容，而清楚其中的說明，我被告知有充分的機會對本檢查的過程和風險及可能的傷害提出問題，我明白檢查的內容並且有足夠的資訊簽署這份同意書，我完全同意本心血管電腦斷層檢查。如果有緊急狀況發生，我同意接受需要的醫療照顧和治療。

立同意書人：_____身分證號：_____日期：_____年____月____日

關係：病人之_____（立同意書人非病人本人者，請填寫此欄。）

※如您有口服糖尿病藥物 Metformin (Glucophage)，請檢查當日及檢查後48小時停止服用，避免因施打對比劑產生乳酸中毒。如您為早、晚餐前需注射胰島素者，為配合檢查需空腹時，請暫停注射一次，避免造成血糖過低。

※若您有懷孕的可能，請務必事先告知您的醫師或本科工作人員。

※本項檢查前五天內，如曾做過其它對比劑攝影檢查，請事先告知本科。

※檢查當日請攜帶健保卡。

※請提前 10 分鐘到一樓放射診斷科 1 號櫃台報到，無法按時接受檢查者，請事先通知放射診斷科，另約檢查時間。

放射診斷科聯絡電話：(02)2897-0011 轉 1105