



* Z 0 3 2 0 0 0 0 0 0 2 0 2 6 0 6 1 8 1 6 5 4 2 6 0 1 *

國立成功大學醫學院附設醫院

腦部去氧葡萄糖正子造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) 癲癇病灶術前評估。
- (二) 認知障礙、失智症評估。
- (三) 腦部腫瘤評估。
- (四) 動作障礙疾病的評估。

貳、檢查/處置前注意事項：

- (一) 檢查前24小時不要喝酒、茶、咖啡。受檢當日需禁食包含藥物(至少6小時)；白開水可喝；整個檢查過程約2小時。
- (二) 如為糖尿病患者，因受檢者血糖值會影響當日是否可順利檢查，須提前到檢準備；如有使用中長效胰島素控制血糖者，則檢查前1天停用。
- (三) 因檢查所施打之放射性同位素藥物其時效性極短且非常昂貴，為免醫療資源浪費，請受

檢當日準時報到。倘若該日不克至本中心受檢，需於受檢前一個工作天(不包含六、日及國定假日)中午12點以前通知本中心以利更改日期或辦理退費手續。連絡電話：
(06)2353535分機4683或4684

- (四) 如有因個人因素導致當日無法受檢，受檢者需繳付藥劑成本費用15000元整。
 1. 受檢當日未禁食者。
 2. 受檢當日臨時取消檢查。
 3. 受檢當日未依約到檢。
- (五) 如有以下情況，皆不建議進行此項檢查，請事先告知工作人員：
 1. 準備懷孕或可能懷孕及確定懷孕之可能者。
 2. 無法配合靜躺多時者、情緒不穩定者。
 3. 密閉空間恐懼症者。
- (六) 若受檢者為嬰幼兒或躁動病患，由醫師決定是否使用鎮靜劑；使其完全熟睡後，才可以開始檢查，以避免造影時身體移動。
- (七) 如以自費方式進行本檢查，則須於受檢3個工作天前完成繳費。

參、檢查/處置之實施步驟：

檢查前，護理師執行生理監測(包含血壓及血糖)、放置留置針，再進行醫師問診。受檢者注射F-18 FDG放射性藥物後，平躺休息30-60分鐘。檢查中，利用正子暨電腦斷層掃描儀進行約20分鐘的造影，依檢查的姿勢躺在檢查台並正常呼吸，放射師於控制室內操作攝影。過程中如有不適，可透過通話器與放射師連絡。檢查結束後，即可離開。

肆、檢查/處置之效益：

偵測、判斷病灶以提供臨床醫師進行疾病評估。

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) 本檢查必須使用放射性藥物，因而會造成受檢者輻射曝露；注射後體內會有微量輻射，對一般成人不需特別防護，但是要避免12小時內近距離接觸孕婦及6歲以下小朋友，24



* Z 0 3 2 0 0 0 0 0 0 0 2 0 2 6 0 6 1 8 1 6 5 4 2 6 0 1 *

國立成功大學醫學院附設醫院

腦部去氧葡萄糖正子造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

小時內也不可哺乳。

(二)本檢查注入體內的放射性藥物為人體代謝類似物，極少會發生過敏反應，但若有不適，請儘速通知工作人員。

※輕中度鎮靜止痛風險說明：

(一)緊急檢查處置導致空腹時間不足時、或隱瞞進食、或其他原因導致腹脹會增加吸入性肺炎的風險。

(二)長時間鎮靜止痛與檢查處置，會增加褥瘡或周邊神經受傷的風險。

(三)對於有心臟血管或腦血管疾病風險之病人，鎮靜止痛後也可能發生急性心肌梗塞或中風。

(四)對於已有上呼吸道感染之患者，鎮靜止痛後若咳痰不易會增加肺炎的風險。

(五)對於較衰弱的病人，鎮靜止痛後需要較長恢復時間，甚至可能需至加護病房觀察與治療。

(六)其他偶發之病變。

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）

可考慮採取的檢查包括磁共振造影、電腦斷層掃描、其他核子醫學影像檢查等，請與您的臨床主治醫師討論。

柒、不予檢查/處置可能導致的後果：

可能造成無法正確診斷而影響臨床醫療處置。

捌、醫師補充說明/病人之疑問與解釋：

檢查結束後，受檢者多喝水並於12小時內勿接觸孕婦及6歲以下小朋友。

說明醫師：邱南津

（簽章） 邱南津（已電子簽章）

日期：西元 2026 年 6 月 18 日 時間 16 時 54 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：



請掃描進行同意書簽署

日期：西元 年 月 日 時間 時 分