



* Z 0 3 2 0 0 0 0 0 0 2 0 2 6 0 6 1 8 1 6 4 9 2 4 0 1 *

國立成功大學醫學院附設醫院

鐳223放射性同位素治療說明暨同意書

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：

用於癌症病患治療有症狀的骨轉移。

貳、檢查/處置前注意事項：

- (一)請務必遵守與醫師約定的時間前來，並持抽血檢查單於治療前至門診抽血。
- (二)鐳223藥品價格昂貴且有時效性，請準時報到，以利於指定注射時間使用。
※倘若該日不克至本中心治療，請務必於治療前二週的星期一中午12時前通知正子中心。
連絡電話：(06)2353535分機4683
- (三)治療前不需禁食(若無其他檢查或治療需要禁食)。
- (四)治療前四天起要停止服用鈣片與維生素D至治療後四天，其他藥物則可維持使用。
- (五)如以自費方式進行本治療並且繳納該治療的費用後，才會去訂購該藥物；若因個人因素(例如臨時意願改變等)導致此治療無法如期進行，必須於治療前兩週的星期一中午12時前通知正子中心，否則不得要求退還此筆費用。

參、檢查/處置之實施步驟：

- (一)治療前，由護理師放置靜脈留置針，再進行醫師問診及說明。
- (二)完成靜脈注射鐳223藥物後即可離開醫院。

肆、檢查/處置之效益：

對於具有症狀性骨轉移的去勢抗性攝護腺癌之臨床試驗結果顯示：接受鐳223治療的患者比未接受者的整體存活期長，接受鐳223治療對骨骼疼痛緩和也有正面效果。

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)非常常見不良反應(大於或等於每十位患者出現一例)：血小板減少症、胃腸道疾患(腹瀉、嘔吐、噁心)。
- (二)常見不良反應(介於每十位至每百位患者出現一例)：嗜中性白血球減少症、全血球減少症、白血球減少症、注射部位反應(例如紅斑、疼痛及腫脹)。
- (三)不常見不良反應(介於每百位至每千位患者出現一例)：淋巴球減少症。

※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。



* Z 0 3 2 0 0 0 0 0 0 2 0 2 6 0 6 1 8 1 6 4 9 2 4 0 1 *

國立成功大學醫學院附設醫院

鐳223放射性同位素治療說明暨同意書

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

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）

可考慮採取的治療包括化學治療、荷爾蒙藥物、放射線治療等，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：

可能骨骼疼痛症狀加劇、影響存活期。

捌、醫師補充說明/病人之疑問與解釋：

- (一)接受治療後不需要隔離，可照常進行一般社交活動，而不須憂慮對周遭的人造成放射線危害。飲食也可如常(若無其他檢查或治療需要禁食)。
- (二)在接受治療後的一星期內，請採坐姿解尿，每次上完廁所後，使用過的衛生紙丟入馬桶內隨排泄物一併沖走，請放下馬桶蓋沖水兩次，並且徹底清潔手部。
- (三)在接受治療後的一星期內，若有體液、排泄物需要清理，請以衛生紙擦拭後投入馬桶內沖走。若是衣物、床單遭沾染，請隨即單獨清洗。
- (四)由於本治療有放射線對精子生成的潛在影響，治療期間以及治療後6個月內必須使用有效的避孕方式。

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 49 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