

**國立成功大學醫學院附設醫院**  
**前列腺癌正子斷層掃描造影檢查說明暨同意書**

姓名：XXX 性別：男 出生日期：XXXX 年 XX 月 XX 日 病歷號碼：00000000

第 1/3 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/處置前注意事項：**

- 一、檢查時間： 年 月 日 \_\_\_\_\_：\_\_\_\_\_。
- 二、檢查前不需禁食，請攝取充足水分至少 500c.c，整個檢查過程約 3-4 小時。
- 三、檢查前，請先閱讀第參點之檢查步驟，並請配合相關事項，例如：上檢查台後請放輕鬆、正常呼吸、保持身體靜止勿移動。
- 四、正子藥品性質特殊，價格昂貴且藥物作用時效短，須當日生產且由專車送達以提供每位使用者，故請務必準時報到，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
- 五、檢查當日所使用之正子藥品係經由藥廠執行嚴格品質保證程序監督製造及放行政策，始可使用；若遇任何情形而無法出貨，則會再擇日安排檢查日期，造成不便敬請見諒。
- 六、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：
  - a. 無法配合靜躺多時者(造影時間約 20 分鐘)、情緒不穩定者。
  - b. 密閉空間恐懼症者。
- 七、如因以下個人因素導致當日無法受檢，受檢者需繳付藥劑成本費用四萬五千六百元整：
  - a. 受檢當日臨時取消檢查。
  - b. 受檢當日未依約到檢。
  - c. 未能配合檢查平躺足夠時間。
- 八、如以自費進行本檢查，須於受檢前 3 個工作天前完成繳費。

**貳、檢查/處置之適應症：**

- 一、前列腺癌切片前定位。
- 二、懷疑轉移且適合接受初次根治性治療的前列腺患者。
- 三、基於血清前列腺特異性抗原升高懷疑復發之前列腺癌患者。
- 四、協助評估是否適合接受前列腺細胞膜抗原標靶核種治療(PSMA-targeted)放射性同位素治療。

**參、檢查/處置之實施步驟：**

- 一、檢查前，由護理師放置靜脈留置針，再進行醫師問診及說明。
- 二、注射藥物前，會先注射少量生理食鹽水用以確認注射管線是否通順，而後注射一劑前列腺細胞膜抗原注射劑。注射藥物後的前幾個小時內，應繼續頻繁飲水(至少 500c.c)和排尿，以減少輻射曝露。
- 三、為增進影像品質，注射前列腺細胞膜抗原注射劑後，可能會注射利尿劑，並於造影檢查前 10 至 15 分鐘不要排尿，以減少尿液干擾。若平時即有困難憋尿的情形，請與醫師討論，並自行備妥尿布適時使用。
- 四、藥物注射後 60 至 120 分鐘進行影像掃描，造影檢查時間約 20 分鐘，請平躺在檢查床上時，若您發覺姿位不適，請立即告知放射師。

國立成功大學醫學院附設醫院  
前列腺癌正子斷層掃描造影檢查說明暨同意書

姓名：XXX 性別：男 出生日期：XXXX 年 XX 月 XX 日 病歷號碼：00000000

第 2/3 頁

五、在檢查時，請盡量躺平不動且維持正常呼吸。若因晃動導致影像模糊，可能需要再次攝影(注意：正子中心無法給予任何注射鎮靜藥物之處置)。檢查過程中正常呼吸即可，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聯絡。在造影檢查時，您躺的床會緩慢移動。

六、檢查後，請於檢查等待區稍加休息，待醫師確認影像後即可離開醫院。若影像不完善時，則依核醫醫師指示，

**肆、檢查/處置之效益：**

一、本檢查適用於懷疑前列腺癌轉移或復發的男性，以協助偵測、判斷病灶，提供臨床醫師進行疾病評估。

二、本檢查適用於有意願接受前列腺細胞膜抗原標靶核種治療(PSMA-targeted)的核種治療前，協助篩選出病灶特性可從治療中獲益的病人。

**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，長期累積輻射暴露與癌症風險增加有關。建議患者在使用前後保持水合作用並頻繁排尿。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嬰幼兒。

二、本檢查注入體內的放射性藥物極少會發生過敏反應，臨床研究報告的不良反應有腹瀉、血壓增高、注射部位反應，若有不適，請儘速通知工作人員。

**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，可恢復日常活動與進食，請多喝水並於 12 小時內勿接觸孕婦及 6 歲以下小朋友。

說明醫師：

(簽章)

國立成功大學醫學院附設醫院  
前列腺癌正子斷層掃描造影檢查說明暨同意書

姓名：XXX 性別：男 出生日期：XXXX 年 XX 月 XX 日 病歷號碼：00000000

第 3/3 頁

日期: 西元        年        月        日        時間        時        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(請圈選)：本人、配偶、父母、兒、女、其他：

住址：

電話：

日期: 西元        2021        年        月        日        時間        時        分