

# 國立成功大學醫學院附設醫院

## 類澱粉蛋白正子造影檢查說明暨同意書

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/處置前注意事項：

- (一) 酒精成癮、酒精過敏、肝臟疾病、癲癇、限鈉飲食等患者族群，檢查前需經醫師評估。
- (二) 檢查前不需禁食。
- (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：上檢查台後請放鬆、正常呼吸、保持身體靜止勿移動(尤其頭部)。
- (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，請務必於受檢前一個工作天中午前通知本中心，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：
  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。
- (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五萬元整：
  1. 受檢當日臨時取消檢查。
  2. 受檢當日未依約到檢。
  3. 未能配合檢查平躺足夠時間。
- (八) 檢查總費用七萬元整，須於受檢3個工作天前完成繳費。

### 貳、檢查/處置之適應症：

認知功能障礙的成人患者正在接受阿茲海默氏症的評估及其他導致認知功能降低原因的評估時使用。

### 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。受檢者注射F-18FBB放射性藥物完後請於注射室內平躺休息90分鐘。
- (二) 檢查中，會利用正子暨電腦斷層掃描儀進行約20分鐘的腦部造影，請平躺檢查台上，頭躺在頭架內，縮下巴、頭擺正，進行頭部固定且盡量避免頭部晃動，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。
- (三) 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，再造影一次。

### 肆、檢查/處置之效益：

本檢查用來評估阿茲海默氏症或其他認知功能減退患者，腦中之 $\beta$ 型澱粉樣蛋白神經炎斑塊沉積，以提供臨床醫師進行疾病評估。

國立成功大學醫學院附設醫院  
類澱粉蛋白正子造影檢查說明暨同意書

第 2 / 2 頁

**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嬰幼兒，24小時內也不可哺乳，並將乳汁擠出丟棄。
- (二)本檢查注入體內的放射性藥物極少會發生過敏反應，但若有不適，請儘速通知工作人員。
- (三)本檢查藥物每劑含15%v/v（至多1.2克）乙醇(酒精)，每劑酒精含量相當於30毫升啤酒，這也許會對受酒精成癮困擾之患者造成影響，而懷孕或哺乳婦女和患有肝臟疾患和癩癩患者等族群都必須審慎考量。
- (四)本檢查藥物每劑至多含33毫克鈉，限鈉飲食患者應考慮後再使用。

**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，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）

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：

關係:病人之(請圈選)：本人、配偶、父母、子、女、孫子、孫女、其它： \_\_\_\_\_

住址： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

日期:西元 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 時間 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分