

財團法人仁愛綜合醫院
正子電腦斷層造影檢查
(Positron Emission Tomography)
檢查通知單

門診 住院 床號：_____ 自費

姓名：_____ 病歷號碼：_____

報到時間：_____年_____月_____日_____午_____時_____分

報到地點：地下一樓 正子造影中心 電話：(04) 24819900 轉 11155

一、檢查報到注意事項：

性別：男 女 出生日期：--年__月__日 身高：---- 公分 體重：---- 公斤

糖尿病：否 是，最近一次空腹血糖值：_____

控制方式：食物控制 口服藥物 注射胰島素 無

二、懷孕婦女、情緒不穩定、或幽閉空間恐懼症者、急性持續痙攣者、及無法配合該注意事項者不宜受檢。

三、檢查流程與配合事項：

1. 開單正子中心排檢預約時間報到基本測量(身高、體重、血糖、血壓、脈搏)醫師問診注射 FDG注射後須於本中心休息室中靜臥放鬆休息約 60 分鐘，讓身體細胞吸收漱口、排空尿液檢查掃描約 40 分鐘，掃描結束，可先行用餐，並於餐後至休息室稍作休息 30-40 分鐘，再做延遲掃描。
2. 檢查前需空腹 6 小時，只可飲用白開水，勿嚼口香糖。
3. 糖尿病患者空腹血糖值須控制在 150 mg/dl 以下，請暫停服用降血糖藥物，其他藥物可繼續服用。
4. 需攜帶物品：1. 保暖衣物(無金屬扣子、拉鍊) 2. 白開水 3. 健保卡
5. 檢查前 24 小時請勿運動或做出力的工作，該日清晨請暫停任何運動。(包含性行為)
6. 請準時報到，如欲取消或改期者，請於檢查日前 2 天告知本中心。
7. 女性受檢者排檢時需與生理其隔離，以免影響影像判讀。
8. 預拷貝影像可於 8 日後至放射科櫃檯辦理。

四、可能的風險與副作用：

1. 檢查所使用的放射線同位素藥物，對身體不會造成不良影響，也沒有過敏反應。
2. 檢查結束後只須多攝取水分，即可將放射線同位素藥物排出，不會滯留在體內。
3. 檢查結束後可立即正常飲食與作息，不會有任何影響。
4. 檢查結束後當日(至少 6 小時內)請與孕婦或 3 歲以下小孩保持 1-2 公尺距離。

五、如果不想做這項檢查呢？

請與您的臨床醫師討論，考慮改採其它可能之替代方案。

六、如有其他問題，正子造影中心聯絡電話：(04) 24819900 轉 11155。

財團法人仁愛綜合醫院
正子電腦斷層造影檢查
(Positron Emission Tomography)
檢查同意書

一、受檢者_____，病歷號碼：_____願意接受“正子電腦斷層造影檢查”。經有關的說明，已完全瞭解此項檢查的功能，及其結果所代表的意義。

1. 本項檢查必須接受一定劑量的放射同位素物質注入體內，再行利用偵測器檢視藥物在體內代謝的情形，經資料收集製成影像做出診斷。
2. 注入體內的物質屬身體細胞正常應用的化學物質（如葡萄糖等），應不會產生過敏反應。
3. 妊娠及哺乳婦女非必要，不建議接受此項檢查。

二、受檢者自願提供詳細病史及身體狀況，在判定未有任何禁忌下進行檢查，如仍發生特殊狀況，同意接受院方必須之急救處置。

立同意書人：_____身分證字號：_____

與患者關係：_____電話：_____

中華民國 年 月 日