



身高：

體重：

磁共振造影檢查問卷暨同意書

病人姓名： 病歷號碼： 性別/年齡：

為維護自身安全，請您或家屬務必逐項回答下列問題（方格內勾選☑），簽名後交給放射科人員，謝謝。

若有下述植入物或情形者，可能在檢查中對身體造成傷害或不良影響：

- 無 有 心臟節律器、植入式心臟去顫器(須事先與廠商聯絡是否可做檢查)
- 無 有 電子植入物或設備(人工電子耳…)、體內電極
- 無 有 體內胰島素幫浦(Insulin pump)或其他藥物輸液幫浦
- 無 有 神經刺激器或骨骼生長刺激器
- 無 有 肺動脈導管(Swan-Ganz)
- 無 有 幽閉空間恐懼症(Claustrophobia)，嚴重者不適宜進行此項檢查
- 無 有 腦室引流管 (固定壓力式 可調整壓力式)
- 無 有 血管支架、顱內動脈瘤血管夾、血管內線圈栓塞手術或血管過濾器
- 無 有 人工心臟瓣膜、洗腎瘻管
- 無 有 您曾經或是目前仍在鐵工廠上班
- 無 有 曾遭受外傷且眼睛(或體內)可能留有金屬碎片
- 無 有 人工關節、鋼釘或鋼片固定、手術金屬縫線或其他金屬植入物(部位：_____)
- 無 有 義肢(義眼、義乳、四肢…)
- 無 有 體外人工助聽器(檢查時需取下)
- 無 有 假牙(固定型 活動型)、金屬式牙齒矯正器
- 無 有 曾食物/藥物過敏(食物/藥物名稱：_____)
- 無 有 腎功能不良，換腎手術、癲癇、氣喘、高血壓、或是糖尿病之病史
- 無 有 紋眉、紋身、無法取下的金屬飾品

女性受檢者，請回答：無 有 目前懷孕，若有_____週
無 有 目前哺育母乳

磁共振造影檢查某些疾病需注射釷顯影劑(GD-DTPA)，用以區分病變範圍，使病變特徵更加清楚，幫助診斷。含釷顯影劑安全、穩定，是危險性極低的藥物(健保給付)，極少會引起過敏(1.14%至3%)，但仍有極少數受檢者(發生率約0.01%至0.07%)會產生嚴重不良反應(如休克、心律不整等)。若有必要注射顯影劑時，請問您 同意 不同意 施打顯影劑？

我瞭解並同意進行此檢查

立同意書人：_____ 身分證字號：_____ 聯絡電話：_____

與受檢者關係：_____

本院將依個人資料保護法及相關法令蒐集、處理並於存續期間合理利用您的個人資料。您可向本院行使您個人資料之下列權利：1. 查詢或請求閱覽 2. 請求製給複製本 3. 請求補充或更正 4. 請求停止蒐集、處理及利用 5. 請求刪除。若有任何問題，請洽本院公共關係組 電話：049-2912151 分機 2000。

民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日