



敬致：先生/女士 病歷號碼：

(1)檢查時間 報到及注射時間：00月00日 00時00分

(2)檢查程序：

首先，醫護人員會為您注射少量造影劑，隨後可以如同往常一樣作息，3~4小時後再回來進行掃描，過程約50-60分鐘。

(3)注意事項：

1. 事前無需任何特別準備工作，可以正常飲食、服藥。
2. 注射造影劑及攝影前請盡量多喝開水。
3. 請盡可能常上廁所，尤其攝影前要將小便解乾淨。
4. 檢查前12小時請暫停口服帕金森氏藥物。

** 住院病患如需平躺請用推車，請幫忙on IC 接T-connector。

(4)相關說明：

1. 檢查所使用的造影劑，對身體不會造成不良影響，也沒有過敏反應。此造影劑具有微量輻射線，可以讓放射師使用伽瑪閃爍造影機檢查您體內之病變，但其輻射量與一般X光攝影相似，沒有危險性，敬請放心！
2. 如老年人、身體虛弱者、孩童等，請由家人陪同受檢，以利檢查順利進行。
3. 如果您可能懷孕，請事先告訴醫師，以便為您考量檢查之必要性及安全性。
4. 如果您因為其他因素無法按照排定之時間前來本科接受檢查，請您於檢查前一天通知本科，以便為您重新安排檢查時間。
5. 若您有發燒、咳嗽現象，請告知櫃台人員。
6. 雖檢查之輻射劑量極低，無安全之虞，但仍建議檢查一日內避免與孕婦和嬰幼兒長時間接觸及與其保持約1公尺距離，以降低不必要的輻射暴露風險。

『本科施作檢查所需之藥品因具放射性並限由醫師使用，依原能會及藥事法規定，本科將具處方箋委交院外特約核醫藥局調劑後交付醫院使用』

★★★★ 門診病患請務必攜帶健保卡至平安樓地下室2樓報到 ★★★★★
馬偕紀念醫院核子醫學科(新竹) (03)6889595 轉 2299

多巴胺轉運體腦部斷層造影檢查

報到及注射時間：00月00日 00時00分

同意書 姓名：先生/女士 病歷號碼：

上述檢查相關說明及注意事項，本人已經瞭解，並同意接受該項檢查。

本人(或代理人)簽名

