

姓名	_____	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
病歷號碼	_____	年齡	_____
床號	_____	健保	自費
		員工	

電腦斷層攝影檢查同意書

(請先詳閱下方說明書後再填寫)

病人_____病歷號碼_____性別_____, _____年____月____日生, 因病情需要, 需接受電腦斷層攝影檢查。立同意書人對於施行該項檢查之原因、過程、藥物可能之副作用、或可能發生之併發症及危險, 業經 貴院有關醫師詳細說明, 並已充分了解。茲同意由 貴院施行該項檢查。深信 貴院醫師及醫療人員必善盡診療責任避免意外發生, 若在執行檢查時發生緊急情況, 同意接受 貴院必要之處置。

(請家屬陪同以便照顧)

此致

敏盛綜合醫院

受檢查病人姓名: _____ 簽章: _____ 身分證字號: _____

立同意書人姓名: _____ 簽章: _____ 身分證字號: _____

住址: _____ 電話: _____

與病人之關係: 本人、配偶、父、母、兒、女、其它: _____

見證人(本院醫護人員): _____ (簽章)

見證人(病患家屬): _____ (簽章)

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電腦斷層攝影檢查同意書說明及注意事項

一、「立同意書人」欄由病人親自簽具, 病人為未成年人或無法親自簽具者, 得由醫療法第四十六條第一項規定之相關人員(例如: 家屬或法定代理人)簽具。

二、立同意書人為非本人者, 「與病人關係」欄應予填載與病人之關係。

三、特殊注意事項:

1. 檢查前請禁食 4~6 小時(可服必要的藥物, 口渴可適當喝白開水, 但糖尿病藥物除外), 糖尿病患者可服用糖果或巧克力等。

註:(緊急顯影劑注射說明)

禁食不足四小時者, 會增加因嘔吐肺部吸入而窒息的危險, 但因緊急病情需要, 病人有需要在禁食不足四小時之狀況下接受顯影劑注射之檢查, 醫療人員已對病人或家屬做過此狀況的解釋, 病人與家屬同意在禁食不足四小時之狀況下接受顯影劑注射之檢查。

受檢查病人姓名: _____ 簽章: _____

立同意書人姓名: _____ 簽章: _____

見證人(本院醫師): _____ (簽章)

見證人(影像醫學科醫護人員): _____ (簽章)

一式兩聯 第一聯: 病歷存留(白) 第二聯: 病人留存衛教用(藍)

西元 2012 年 07 月 18 日 病歷暨電子病歷委員會審核通過