



# 國軍臺中總醫院

## 超音波導引細胞穿刺檢查說明書

此說明書由病患  
(或家屬)留存

### ▶ 超音波導引細胞穿刺檢查簡介

利用超音波作引導對各部位病灶之組織細胞取樣，藉以更進一步了解病灶的病理變化。

### ▶ 檢查前注意事項：

- ▶ 一般細胞穿刺檢查，不須禁食，但深層臟器處（如腎臟水泡）之細胞穿刺，請禁食4小時。
- ▶ 受檢當天請穿著輕便衣服或於檢查前先更換檢查服。

### ▶ 檢查過程注意事項：

- ▶ 一般細胞穿刺取樣不須注射局部麻醉劑，只要藉由超音波導引使用普通注射針筒對準病灶位置刺入抽取少量細胞或組織液送檢。
- ▶ 深層臟器處之細胞穿刺，因須使用管徑較粗的穿刺針，所以會施打局部麻醉劑。
- ▶ 細胞穿刺會有輕微不適感，取樣後的傷口亦是一小針孔，以小塊紗布覆蓋短時間壓迫即可。
- ▶ 組織採樣時間依照部位及性質的不同而有差異，一般細胞穿刺採樣時間約從15分鐘到30分鐘不等。

### ▶ 檢查後注意事項：

- ▶ 細胞穿刺化驗請於檢查結束後七個工作天(不含檢查當天及例假日)，自行約掛原門診看檢查結果。
- ▶ 採樣的傷口以紗布覆蓋，手指按壓15-30分鐘即可。
- ▶ 覆蓋傷口的紗布請於24小時後取下。
- ▶ 當日可洗澡，但請保持傷口乾燥24小時。
- ▶ 傷口若大量出血、感染或有任何不適時，請立即掛急診處理。

### ▶ 可能造成之副作用：

- ▶ 傷口感染、出血。
- ▶ 常見者有局部疼痛、血腫，其他腹腔內或腹膜後腔出血、重要血管之傷害則極少發生。

\*註：若臨時取消此項檢查，請迅速電知放射科登記室（04）23934191  
分機：525415，將機會讓給其他需要做檢查的病人。

# 國軍臺中總醫院

## 侵入性診療檢查（處置、治療）同意書

（請詳細閱讀檢查說明書，待醫師向您說明後，再簽署本同意書）

### \*基本資料

病人姓名 \_\_\_\_\_

病人出生日期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

病人病歷號碼 \_\_\_\_\_

主治醫師姓名 \_\_\_\_\_

### 一、擬實施之檢查(處置、治療) (如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋)

1. 疾病名稱：

2. 建議檢查(處置、治療)名稱：

超音波導引細胞穿刺     電腦斷層導引細胞穿刺     乳房攝影定位細胞穿刺

其他

3. 建議檢查(處置、治療)原因：

### 二、醫師之聲明

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項檢查(處置、治療)之相關資訊，特別是下列事項：

需實施檢查(處置、治療)之原因、檢查(處置、治療)方式與範圍、檢查(處置、治療)之風險。

檢查(處置、治療)併發症及可能處理方式。

如另有治療相關說明資料，我並已交付病人。

2. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次檢查(處置、治療)的問題，並給予答覆：

(1) .....

(2) .....

(3) .....

主治醫師簽名：

日期：        年        月        日

時間：        時        分

### 三、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個檢查(處置、治療)的必要性、步驟、風險之相關資訊。
2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解檢查(處置、治療)可能預後情況和不進行檢查的風險。
3. 我瞭解在檢查(處置、治療)過程中，如果因檢查(處置、治療)之必要而切除器官或組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查報告，並且在之後會謹慎依法處理。
4. 我瞭解這個檢查(處置、治療)可能是目前最適當的選擇。

基於上述聲明，我同意進行此檢查(處置、治療)。

立同意書人簽名：

關係：病患之

住址：

電話：

日期：       年       月       日

時間：       時       分

見證人：

簽名：

日期：       年       月       日

時間：       時       分

#### 附註：

一、立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。

二、見證人部分，如無見證人得免填載。

三、未成年者(未滿 20 歲)請由法定代理人簽具同意書。

#### 四、檢查/醫療處置風險

1. 傷口感染、出血。

2. 常見者有局部疼痛、血腫，其他腹腔內或腹膜後腔出血、重要血管之傷害則極少發生。