

アミロイドPET検査説明書

患者：_____様

(ID: _____)

検査予定日：	年 月 日 時 分
診療科名：	

1. アミロイドPET検査について

この検査は放射性医薬品（ ^{18}F -フルテメタモル）を微量に静脈注射し、1時間程度待ってからPET-CT装置で撮影を行います。脳内のアミロイド β の蓄積が、やがてアルツハイマー型認知症を引き起こすという考え方が有力になっているため、アミロイドPET検査を行い、脳内のアミロイド β の密度を推定することが有効であるとされています。本医薬品自体による副作用の心配はほとんどありませんが、まれに心窩部不快感、頭痛、潮紅および高血圧などが報告されています。また、本医薬品を使用しアレルギー反応を起こしたことのある方は検査できません。

2. 診療用放射線の安全利用について

・行為の正当化（必要性）

放射性医薬品（ ^{18}F -フルテメタモル）は放射線を発します、またCT撮影にも放射線を使用しますのでPET-CT検査を受けることにより少なからず「被ばく」を受けます。検査を行うことで得られる医療情報の必要性が、被ばくによる不利益より十分に大きいと判断される場合に実施されます。具体的な被ばく線量は受診なさる方の体格や薬品投与時刻などで変わりますが、健康上問題となるような被ばく線量になることはありません。また、検査終了当日ご本人様はご家族やその他でも妊娠されている方、乳幼児やお子様との接触はなるべく控えていただくようお願い致します。

・線量の最適化

当院では、法令や関係学会のガイドラインや診断参考レベル（DRL）を参考に最適な撮影条件で検査を行い、医療放射線による被ばくを必要最小限にすることを実践しています。

3. 付き添い等について

ご本人様おひとりで検査台への昇降が困難な場合や、視力・聴力に障害をお持ちの場合にはご家族の付き添いをお願いすることがあります。また、乳幼児や小さなお子様を連れての検査は被ばくの関係上できませんのでご承知おきください。

4. アミロイドPET検査の医学的利用について

この検査で得られた画像や結果等は、検査を受けた患者様が特定できないように十分配慮した上で、学術・研究等に利用させていただくことがありますのでご理解とご協力をお願い致します。

5. アミロイドPETの検査日変更・キャンセルについて

この検査で使用する医薬品は使用期間が非常に短いため、必ず検査時間に来院していただく必要があります。検査時間に遅れた場合は検査ができませんので当日キャンセルあつかいとなります。また、医薬品発注の関係から、検査日前日以降のキャンセル・検査日変更はできませんのでご注意ください。無断で検査日時を変更またはキャンセルを希望される場合は、医薬品の費用を請求させていただきます場合があります。

アミロイド PET 検査における実施線量と一般的な線量の比較

	当院平均線量(mSv)	一般的な線量(mSv)
アミロイド PET 185MBq	6.3	4.8－8.1
CT (頭部)	0.8	2－3

アミロイドイメージング剤を用いた脳 PET 撮像の標準的プロトコルより

上記について説明いたしました。

説明日時： 年 月 日

説明場所： ☐ 外来診察室 ☐ 病棟説明室 ☐ 病室 ☐ その他

説明者氏名： _____ 立会者氏名： _____

上記について説明を受けました。

患者氏名： _____ 同席者氏名： _____

続 柄

アミロイドPETに関する説明・同意書

患者：_____様

(ID: _____)

治療開始予定日	年 月 日 時 分
診療科名	

☐ 1. アミロイドPET検査について

☐ 2. 診療用放射線の安全利用について

☐ 3. 付き添い等について

☐ 4. アミロイドPET検査の医学的利用について

☐ 5. アミロイドPET検査日変更・キャンセルについて

私は、今回の内容について上記（□にチェックした）項目を説明しました。

説明者氏名： _____ 立会者氏名： _____

高木病院長殿

同意日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

私は、今回の治療を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得しましたのでその実施に同意します。なお治療中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜その処置を受けることについても了承いたします。

住所：		
患者氏名：		
代諾者氏名：		続柄：

（配偶者、親権者、その他の親族）

（注）署名は本人がなさってください。但し、15歳未満または本人ができないときは、その保護者または親族の方が署名してください。

但し、15歳以上の未成年者は本人及び親権者も署名してください。

診療情報提供書

年 月 日

医療法人社団高邦会 高木病院
PET-CT センター 宛

〒831-0016
福岡県大川市大字酒見 141 番 11 号
TEL 0944 (87) 0043
FAX 0944 (87) 0038

医療機関名
医師氏名
住 所
電話番号
FAX 番号

保険診療確認事項（保険適用の可否を判断しますので、必ずご記入ください） ※太枠内ご記入ください

検査予約日時		令和 年 月 日 時 分		検査予約時間の 30 分前にご来院ください。	
患者	フリガナ			生年 月 日	明 大 年 月 日 昭 平 () 歳
	氏名 様 男・女				
	住所			Tel	
	今までに当院を受診したことが： ☐ あります ☐ ありません				
臨床診断		※貴院のカルテ・レセプトと同一の病名記載が必要です			
検査目的		☐ 抗アミロイドβ抗体薬の投与の要否の判断目的で、アミロイドβ病理を示唆する所見を確認するため ☐ 抗アミロイドβ抗体薬の投与開始後 12 か月を目安に、投与完了の可否を検討するため ☐ 抗アミロイドβ抗体薬の投与開始後 18 か月を超えて投与を継続することを検討するため			
臨床経過等		※軽度認知障害および軽度認知症の判断のために下欄の MMSE / CDR の点数をご参照ください 使用（予定）薬剤： ☐ レカネマブ（レケンビ） ☐ ドナネマブ（ケサンラ）			
保険適用要件		※保険診療の場合は、下記要件をご確認いただき当該項目にチェックをお願いします ☐ 「アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制」を有する医薬品に係る最適使用推進ガイドラインに準拠している施設であること。 ☐ 脳脊髄液（CSF）検査を行っていないこと。			
認知機能評価		レカネマブの場合	MMSE：22 点以上 30 点以下		CDR：0.5 または 1
		ドナネマブの場合	MMSE：20 点以上 28 点以下		CDR：0.5 または 1

その他確認事項

患者情報	身長：() cm	体重：() kg
	体内金属： 無 ・ 有 （ 有の場合：頭部 それ以外 ）	
	妊娠の可能性： 無 ・ 有 （ 有の場合、PET 検査はできません ）	
	移動方法： 独歩 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー（ 歩行不可の場合：要付き添い ）	
	20 分の静止： 可 ・ 不可 （ 仰臥位のみ ） <u>必ず主治医がご判断ください</u>	
	閉所恐怖症： 無 ・ 有 （ 当センターでは内服薬を処方できません ）	
	アルコール過敏症： 無 ・ 有 （ 薬剤に少量のエタノールが含まれています ）	
その他留意点	現地での 20 分の静止が不可の場合、検査薬投与後であれば結果にかかわらず料金はご負担いただきます。	

検査を受けられる方へ

アミロイド PET 検査にあたっての注意事項

1. 検査には、安静・待機時間を含め2時間程度かかります。
2. 検査には、安静・待機時間を含め2時間程度かかります。
3. 検査前日の運動および当日の運動、家事は控えてください。
4. アミロイド PET に使う薬剤は使用期間が非常に短くなっています。薬剤注文の都合上、検査前日および検査当日のキャンセルや変更は出来ませんのでご了承ください。また、検査予約時間にご来院いただけませんと、薬剤の都合上検査が受けられません。当日キャンセルあつかいとなります。
5. 検査予定日時の変更やキャンセルは予約日の2日前までに当 PET-CT センターまで確実にご連絡ください。変更日時の薬剤調整が必要ですので、お早目をお願いします。
6. 検査当日は、検査予約時間の30分前にご来院をお願いします。首から上の金属類は外して検査しますので、外されてご来院ください。紛失等に責任は負いかねますのでご了承ください。また、被ばくの関係から、小さなお子様や乳幼児を連れての検査はできませんのでご了承ください。
7. 妊娠中、妊娠の可能性のある方、授乳中の方は検査ができません。
8. 患者様おひとりで寝台への昇降が困難な場合や、視力・聴力に障害をお持ちの場合には、ご家族の方の同伴をお願いすることがありますのでご協力をお願い致します。
9. 閉所恐怖症の方はご注意ください。当センターでは内服薬を処方できません。
10. アルコール過敏症の方はお知らせください（薬剤に少量のエタノールが含まれます）。
11. 検査終了当日は、乳幼児や妊婦の方との接触をできるだけ控えてください。
12. 不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。

※高額な薬剤・検査になりますので、ご家族さまに検査予定前日に確認のお電話をいたします。ご了承ください

連絡先・お問い合わせ先

医療法人社団高邦会 高木病院

PET-CT センター

TEL 0944 (87) 0043 ※土・日・祝日除く

依頼医師へ

アミロイド PET 検査にあたっての注意事項

1. 検査には、安静・待機時間を含め2時間程度かかります。
2. 検査時間は 20 分程度ですが、仰臥位で静止可能かをご判断ください。
3. 検査前日の運動および当日の運動、家事は控えさせてください。
4. アミロイド PET に使う薬剤は使用期間が非常に短くなっています。薬剤注文の都合上、検査前日および検査当日のキャンセルや変更はできませんのでご了承ください。また、検査予約時間にご来院いただけませんと、薬剤の都合上検査が受けられませんのでご了承ください。
5. 検査予定日時の変更やキャンセルは予約日の2日前までに当 PET-CT センターまで確実にご連絡ください。変更日時の薬剤調整が必要ですので、お早目をお願いします。
6. 検査当日は、首から上の金属類は外して検査しますので、外されてご来院ください。紛失等の責任は負いかねますのでご了承ください。また、被ばくの関係から、小さなお子様や乳幼児を連れての検査はできませんのでご了承ください。
7. 妊娠中、妊娠の可能性のある方、授乳中の方は検査ができません。
8. 患者様おひとりで寝台への昇降が困難な場合や、視力・聴力に障害をお持ちの場合には、ご家族の方の同伴をお願いすることがありますのでご協力をお願い致します。
9. 閉所恐怖症の方はご注意ください。当センターでは内服薬を処方できません。
10. アルコール過敏症の方はお知らせください（薬剤に少量のエタノールが含まれます）。
11. 検査終了当日は、乳幼児や妊婦の方との接触をできるだけ控えさせてください。
12. 不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。

連絡先・お問い合わせ先

医療法人社団高邦会 高木病院

PET-CT センター

TEL 0944 (87) 0043 ※土・日・祝日除く