

アミロイド PET 検査に関する説明書

1. 放射線被ばくについて

放射性医薬品を投与するため、身体から微量な放射線が放出されています。放射線安全管理の観点から、周りの方々への無用な放射線被ばくを防ぐため、当日は他者(特に乳幼児、妊娠中の方)との長時間の接触をできるだけお控えください。

2. 検査薬剤の副作用について

報告されている副作用は、顔面紅潮、頭痛、血圧上昇、嘔気、めまいなど(添付文書より)です。また、微量のアルコールを含むため、アルコール過敏症の方には特に注意が必要です。禁忌事項ではありませんが、主治医にお知らせしてください。

3. 検査のキャンセルについて

放射性医薬品は投与できる有効期限が検査予約日または投与日当日限りです。そのため、投与日当日の予約の変更及びキャンセルは、原則できませんのでご了承ください。

もし、検査予約の変更やキャンセルをご希望される場合は、事前に検査依頼元の医療機関に連絡のうえ検査前日(前日が休日の場合は直近の平日)正午(12時)までに函館五稜郭病院 PET センターへご連絡ください。

電話番号：070-8829-4590(受付時間：平日 9 時～17 時、土曜 9 時～13 時)

上記期限を過ぎてからのキャンセルにつきましては、薬剤購入代金 17 万円前後を自己負担していただきますのでご注意ください。

尚、検査前日に PET センター看護師より患者様へ体調確認の電話をさせていただきます。検査前日の 15 時までに連絡がない場合はお手数ですが五稜郭病院 PET センターへ電話くださいますようお願いいたします。

4. 不測の事態による検査日程変更について

検査機器の保守点検及び検査薬の輸送体制には万全を期していますが、万一機器の故障や輸送中の事故などの際に検査ができなくなることがあります。その場合、時間の変更もしくは日を改めて検査させていただきます。

同意書

私が文書と口頭で説明を行いました。

説明日： 年 月 日

医師署名 _____ (印)

※医師署名欄：ワープロ入力される場合は必ず印をお願いします。

立会者署名 _____ (職種： _____)

.....
函館五稜郭病院 病院長殿

私は、アミロイドPET 検査に関する説明書を受け取り、下記の事項について十分な説明を受けて理解し納得しましたので、アミロイドPET 検査を受けることに同意致します。また、アミロイドPET 検査に関する本同意書を受領致します。

1. 放射線被ばくについて
2. 検査薬剤の副作用について
3. 検査のキャンセルについて
4. 不測の事態による検査日程変更について

以上

同意書受領日： 年 月 日

本人署名（自筆） _____

本人が説明を理解できない場合

代諾者署名 _____ (続柄 _____)

同意書

私が文書と口頭で説明を行いました。

説明日： 年 月 日

医師署名 _____ (印)

※医師署名欄：ワープロ入力される場合は必ず印をお願いします。

立会者署名 _____ (職種： _____)

.....
函館五稜郭病院 病院長殿

私は、アミロイド PET 検査に関する説明書を受け取り、下記の事項について十分な説明を受けて理解し納得しましたので、アミロイド PET 検査を受けることに同意致します。また、アミロイド PET 検査に関する本同意書を受領致します。

1. 放射線被ばくについて
2. 検査薬剤の副作用について
3. 検査のキャンセルについて
4. 不測の事態による検査日程変更について

以上

同意書受領日： 年 月 日

本人署名（自筆） _____

本人が説明を理解できない場合

代諾者署名 _____ (続柄 _____)

アミロイド PET 検査を受けられる方へ

【検査のながれについて】

絶飲食の必要はありません。薬の制限もありませんので、常用薬がある方はいつも通りに使用してください。痛みがある方は普段使用している痛み止めをご持参ください。オムツや尿取りパッドを使用している方は交換用のオムツ・尿取りパッドをご持参ください。自己導尿中の方は使い捨てのカテーテルをご持参ください。

検査開始時間の 45 分前に、函館五稜郭病院 新棟 1 階 ⑥番新患・紹介患者受付へお越しください。

※時間を厳守してください。検査薬の性質上、時間に遅れると検査ができない可能性があります。

※薬剤の準備等のためお待ちいただく時間が長くなる場合があります。ご了承ください。

更衣	注射	30～50 分間 待機	20 分間 撮影	更衣	退室
----	----	----------------	-------------	----	----

まず、来院後に更衣をしていただき看護師による問診・検査説明を行います。検査は、注射をしてから 30～50 分ほど休んでいただき、その後撮影台に仰向けの状態で動かずに 20 分間の撮影となります。所要時間は全部でおよそ 90～120 分を予定しております。

検査後は、函館五稜郭病院 新棟 1 階 ⑦番会計窓口でお会計いただきます。

アミロイド PET 検査を依頼される医療機関の皆さまへ

医療機関の皆さまへのお願いと注意事項

- ① 予約申し込みは、函館五稜郭病院 PET センター（070-8829-4590）へお電話ください。検査日時を決定いたします。
- ② 当院ホームページにある診療情報提供書・同意書に必要事項を記載し、FAX でお送りください。検査日にはそれぞれの原本をご提出ください。同意書は 2 枚記入していただき、患者様控えを患者へお渡しください。
- ③ 体調確認のため、検査前日に PET センター看護師より診療情報提供書に記入いただいた患者の連絡先へ電話をかけますので日中に繋がる連絡先の記載をお願いいたします。
- ④ 原則、ご家族もしくは介護者との同伴でのご来院をお願いいたします。
- ⑤ アミロイド PET の保険適用症例の選択基準は以下の通りです。
 - ・ レカネマブ又はドナネマブ製剤に係る最適使用推進ガイドラインに準拠した投与施設である。
 - ・ 1.5T 以上の頭部 MRI 検査を実施済みである。
 - ・ アルツハイマー病による軽度認知症が疑われる患者等に対し、レカネマブ又はドナネマブ製剤投与の要否を判断する目的でアミロイド β 病理を示唆する所見を確認する目的である。ドナネマブにおいては、投与終了の可否を検討又は 18 か月を超える投与継続の可否を検討する目的である。
 - ・ 認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲が以下の (a) 及び (b) の両方を満たすことが確認されていること。
 - (a) 認知機能評価 MMSE スコア: レカネマブ 22 点以上、ドナネマブ 20～28 点
 - (b) 臨床認知症尺度 CDR 全般スコア: 0.5 又は 1
 - ・ 脳脊髄液検査 (CSF) を行っていない。
- ⑥ 検査は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患者に対してのみです。適用外の自由診療による撮影は行っていません。
- ⑦ 撮影済み MRI 画像 CD-R の提供をお願いいたします。
- ⑧ アルコール過敏症がある方は症状等の情報を診療情報提供書に記載ください。
- ⑨ 定期的内服は主治医の判断にて内服してください。
- ⑩ 「アミロイド PET 検査を受けられる方へ」を添付してお送りしますので、患者へお渡しいただき、一読いただくようご案内ください。