

アミロイド-PET/CT検査予約表・検査説明書(アミヴィット)

様

検査日時 時 分

検査当日は検査前に問診・注射がございますので
必ず検査予約時間までにR棟放射線科受付へにお越しください。

<目的>

微量の放射線同位元素を投与しアルツハイマー型認知症の原因とされる脳内アミロイド β 蛋白の蓄積を調べる検査です。

<検査前日・当日の注意事項>

検査前日の激しい運動はお控えください。飲食および内服薬の制限はありません。

検査薬の成分にエタノールを含むためアルコール過敏症の方は禁忌です。(使用できません)

<検査当日の注意事項>

- 必ず来院予定時間前までに検査室へお越しください。遅れた場合、当日検査が実施できない場合があります。
- 副作用として顔面潮紅、頭痛、血圧上昇、吐き気、めまいなどが報告されています。
- 検査のキャンセルする際は、検査前日の15時(平日)までに必ずご連絡ください。
期限までにキャンセルの連絡がない場合は、**検査薬剤費用(190,000円)を負担**していただくことがあります。
- 投与後24時間以内の授乳や12時間以内の乳児・妊産婦との密な接触は可能な限りお控えください。

<検査の流れと検査時間>

総検査時間 約120分

- 検査を受ける際はご用意した検査着に着替えをお願いする場合があります。
- 検査薬を投与した後、良好な画像を得るために待機室で50分程度安静にお過ごしいただきます。
- 案内がございましたら待合室内のトイレで排尿をお願いいたします。その際検査着に尿が付着することを防ぐため男性の方も必ず座っての排尿をお願いいたします。
- 検査室での所要時間は20分程度となります。**検査中は体を動かすことができませんので、閉所恐怖症などで不安がある方や安静が保てない方は検査日前までに必ず主治医またはスタッフまでご相談ください。**
- 検査終了後30～60分程度待機していただき検査終了となります。

何か不明な点がありましたら、検査前日までに担当者までお申し出てください。

千葉西総合病院(代表) TEL: 047-384-8111 放射線科担当者

アミロイド-PET/CT検査同意書

【アミロイド-PET/CTについて】

微量の放射線を放出する薬を投与し脳内アミロイド β 蛋白の蓄積を調べる検査です。

【アミロイド-PET/CTの被ばくについて】

標準体重の方で8～10ミリシーベルトになります。

【検査禁忌】

アルコール過敏症の方(成分にエタノールを含むため)

【検査薬の副作用について】

副作用として顔面潮紅、頭痛、血圧上昇、吐き気、めまいなどが報告されています。

【疾患修飾薬投与に関する確認事項】 (保険適用による検査実施には下記全項目の該当が必須です)

※ 疾患診断目的には適応されません

- ☐ ① アルツハイマー病による軽度認知障害または軽度の認知症が疑われる症例に対し、疾患修飾薬投与の要否を判定する目的でアミロイド β 病理を確認する目的である。
- ☐ ② 無症候ではないかつ中等度以上のアルツハイマー型認知症ではない。
- ☐ ③ 医療機関は抗アミロイド β 抗体薬の最適使用推進ガイドラインに準拠している施設である。
- ☐ ④ 認知機能評価(MMSE)が適応基準を満たしている。レカネマブ(22点以上30点以下)、ドナネマブ(20点以上28点以下)
- ☐ ⑤ 臨床認知症尺度(CDR全般スコア)適応基準を満たしている。0.5または1.0
- MMSE _____ 点 CDR _____ 点
- ☐ ⑥ 保険診療下で脳脊髄液検査におけるアミロイド β 42/40比を行っていない。
- ☐ ⑦ 今回のアミロイドPET検査が初回、ドナネマブ治療開始後12か月、レカネマブまたはドナネマブ中止後で初回投与から18か月以上経過のいずれかであること。
- ☐ ⑧ MRI検査で血管性脳浮腫や5個以上の脳微小出血、脳表ヘモジデリン沈着症または1cmを超える脳出血がない。

【依頼医およびご家族様へ】

職員の被ばく防止の観点から、日常生活に介助が必要な方への検査および緊急以外での同日他検査はできるだけお控えください(依頼時は要相談)。聴覚・視覚などの障害や1人での移動が困難な方はご家族などの同伴およびお手伝いをお願いします。

【検査の中止について】

検査に使用する放射性医薬品は使用期間が非常に短く、保存が出来ないため予約時間に合わせて注文しています。そのため以下の場合には検査を中止する場合があります。

- ①検査薬の禁忌事項に該当する場合および予約時間が守られていない場合
- ②自然災害などで薬の配達が遅れる場合および装置の故障などで検査が遅れる場合

【検査の変更・キャンセルについて】

検査の予約変更およびキャンセルは検査前日(平日)の15時までにご連絡ください。なお患者様の都合(遅刻などを含む)での検査当日のキャンセルや無断キャンセルされた場合は使用予定であった医薬品の実費190,000円(税込)をお支払いいただくことがあります。

私は、医師よりアミロイドPET/CT検査の必要性の説明を受け十分に理解しました。

年 月 日 時

患者氏名 _____

代諾者氏名 _____

(続柄: _____)

今回の検査について上記の項目について説明し同意を取得しました。

疾患修飾薬投与に関する確認事項の全項目に該当します。

年 月 日 時

医師氏名 _____

アミロイドPET検査問診票（アミヴィッド）

検査日

投与予定時間

様

アミロイドPET検査の安全な実施と正確な診断を行うために太枠内の事項にご回答ください。

過去にアミロイドPET検査を受けたことがありますか。

☐ ない☐ あり

アレルギーはありますか？

☐ ない☐ あり

アレルギー名

アルコール過敏症はありますか？

☐ なし☐ あり

閉所恐怖症はありますか？

☐ なし☐ あり

仰向け20分程度の安静は保てますか？

☐ 保てる☐ 保てない

トイレなどの日常生活に介助は必要ですか？

☐ 不要☐ 必要

必要な方は付きを添いお願いします

体内金属やペースメーカーがありますか？

☐ なし☐ あり

感染症はありますか？

☐ なし☐ あり

感染症名

女性の方へ

妊娠している可能性はありますか？

☐ なし☐ あり

現在、授乳中ですか？

☐ いいえ☐ はい

() 歳

私は、問診票の記載に間違いがないことを確認しました。

年 月 日 時

患者氏名

検査スタッフ記載欄

身長

cm

体重

Kg

血糖値

mg/dl

測定時刻

:

測定者氏名