

βアミロイドPET/CT検査説明書

様

検査日は 月 日 曜日 15 時 00 分です。

予約時間の30分前までに静岡県立総合病院
PETイメージングセンター受付までお越しください。

《！お願い》

予約時間に来院できない場合は必ず外来までご連絡下さい。

検査薬は投与できる時間に制限があります。

1. βアミロイドPET/CT検査とは

- ・アルツハイマー型認知症は、脳内にβアミロイドと呼ばれる特殊なタンパク質が蓄積することが発症につながるといわれています。
- ・βアミロイドPET/CT検査は、微量の放射線を出す診断用の薬(フルテタモル(¹⁸F))を注射することで、脳内に沈着したβアミロイドを可視化させ、蓄積の程度を確認します。この検査は、アルツハイマー型認知症の診断に有用な検査のひとつです。
- ・検査は、注射をしてから約2時間で終了します。身体的な苦痛を伴う検査ではありませんが、撮影中(約30分間)は仰向けで動かないでください。
- ・検査の結果は依頼医へ郵送させていただきます。当センターでは結果説明を行いません。何卒ご理解ください。

2. 検査当日の持ち物

- ・検査説明 ・同意書
- ・静岡県立総合病院診察券(お持ちの方のみ)
- ・健康保険証(老人医療受給者証・公費受給者証 等)

3. 検査前の注意点

- ① 飲食の制限はありません。
- ② 閉所恐怖症の方は主治医とご相談ください。約30分間、CT検査台の上で横になる検査です。静かな明るい部屋で撮影します。
- ③ 患者様の状況に応じて、ご家族の付きそいをお願いします。
トイレ介助が必要な方は検査終了まで付きそいをお願いします。

4. 検査の流れ

・注射から終了まで2時間かかります。



5. 放射線を出す診断用のPET製剤について

当センター使用するβアミロイドPET検査薬は国内外で広く用いられている薬剤ですが、稀な副作用として本剤との関与が否定できないアレルギー反応(顔面紅潮など)が報告されています。投与後は、安静室内で約90分間お過ごしいただき、万が一、アレルギー反応が出現した場合は、症状に応じて対応させていただきます。

6. 妊娠中の方、授乳中の方、10歳未満の小児がいらっしゃる方へ

- ① 妊娠中の方は、検査できません。
 - ・妊娠の可能性がある場合は、主治医へお伝えください。
- ② 授乳中の方は、検査後24時間は授乳を避けて下さい。
 - ・搾乳やミルクで対応してください。
- ③ 10歳未満の小児がいらっしゃる方へ
 - ・検査後12時間は小児の抱っこなどを避けて下さい。

7. 検査後の注意点

- ・検査後12時間は10歳未満の小児の抱っこは避けて下さい。
- ・検査後2時間は妊婦との接触は避けてください。
- ・検査薬の排泄を促すため、水分を多めに取ってください。

8. 検査の被ばくについて

- ・PET検査では、放射線を含む検査薬を注射します。当センターではPET/CT機器を導入しているため、被ばく線量はPET検査にCT検査分(低線量で撮影)を加えた線量となりますが、PET/CT検査による被ばく線量は、放射線により身体に影響が出る量よりも遙かに低い値です。
- ・当院では達成可能な限りの少ない放射線量で、診断と治療に有益な情報を最大限得られるよう定期的に見直しを行い、放射線量の管理をしております。

9. 神経損傷のリスク

- ・PET製剤の注射の際に針が細い神経に当たることがあり、通常よりも強い痛みが生じ、しびれ感や痛みが続くことがあります。ほとんどが数日から数週間で治りますが、極めてまれ(1万～10万回に1回程度)に症状が長引き、手の動きに障害が残ることがあります。

10. 検査の適切な実施に際して

- ・当センターでは日本核医学会・日本認知症学会・日本神経学会が定める「アミロイドPETイメージング剤の適性使用ガイドライン」を遵守したアミロイドPET検査を実施します。また、当センターでは「PET撮像施設認証」を取得しており、厳格な基準の下で検査を実施いたします。

11. 検査費用

- ・お支払額はご加入の健康保険の自己負担割合により異なります。
(目安:10割負担で約15万円、3割負担で約4万5千円)
- ・当日検査中止の場合、薬代等を請求することがあります。

12. 個人情報

- ・検査結果を医学発展のため、学会等への発表に使用させていただく場合があります。使用時に患者様の氏名等が特定されることは一切ありません。この趣旨にご理解をいただけますようお願いいたします。
また、この旨をふまえ同意書への署名をお願いいたします。

13. その他

- ・PETシステムは多くの精密機器を使用しております。機械のトラブルで検査開始時間が遅れる場合や、状況により検査が行えない場合もありますのでご了承ください。
(場合によっては、緊急連絡先に連絡させていただきます。)

《PET/CT 検査同意書》

説明医師署名

印

(同意します ・ 同意しません)

※同意書はいつでも撤回することができます。

患者氏名
(署名)

署名日 年 月 日

※患者が未成年の場合には親権者、患者が自分で記載できない状態のときは、代理人が必要です。自筆でご署名ください。

代理人署名

続柄 ()

署名日 年 月 日