

診療情報提供書(アミロイドPET 依頼書)

古賀病院 2 1
PET 画像診断センター
担当医 行

記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

お問合せ先電話番号 _____ (_____)

診療科 _____ 依頼医師名 _____ 印

検査予約日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日) _____ 時 _____ 分 受付

| | | | |
|-------|-------|--|---|
| ふりがな | | 性別 | 生年月日 |
| 患者氏名 | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 昭和・平成・令和 年 月 日 |
| 住 所 | 〒 - | 電話 番号 | 自宅 - - 携帯 - - |
| 身長・体重 | cm kg | 当院過去受診歴 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |

●区分 MCI その他 (_____)

●臨床経過・必要事項等

※MMSEスコア【 _____ 】 ※CDRスコア【 _____ 】

●家族歴・既往歴・アレルギー歴：

| | | | |
|-----------------------|--|------------|--|
| 検査前確認事項 (必須記入) | | 現在状況 | <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院中→連絡票をお送り下さい |
| 移動方法 | <input type="checkbox"/> 独歩可能 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー | 30分静止 | <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能(静止方法 _____) |
| 介助者 | <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要(_____) | 感染症 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____) |
| 妊 娠 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 授乳中 | 閉所恐怖症 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| そ の 他 | <input type="checkbox"/> ストマ有り <input type="checkbox"/> 持続点滴有り <input type="checkbox"/> 膀胱外漏チューブ有り <input type="checkbox"/> 胸腔ドレーン有り | | |
| ペースメーカー | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(ICD・CRTD・CRTP) | アルコールアレルギー | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |

◆アミロイドPET検査の依頼の際は、依頼書に必要事項をご記入の上、古賀病院21PET画像診断センターまで (TEL:0942-38-3387)にご連絡頂き、予約をお取り頂いたあと、本書をFAXにてお送り下さい(FAX:0942-38-3341)。

◆本書の各欄に記載が出来ない場合には、別紙に記載しご添付下さい。

【依頼医チェック項目】(必須)

- レカネマブ(遺伝子組換え)製剤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
※上記に準拠していない場合は保険適応外となる場合があります
- 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患者に対し、レカネマブ製剤の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こと
- 脳脊髄液(GSF)検査実施 (無 ・ 有)

古賀病院 21 PET 画像診断センター <http://www.tenjinkai.or.jp/pet/>
〒839-0801 福岡県久留米市宮ノ陣3丁目3-8 電話：0942-38-3387 FAX：0942-38-3341

アミロイドPET検査に関する説明・同意書

(1)PET検査について

PET検査は、放射線を放出する少量の放射性同位体(「トレーサー」と呼ばれます)を用いる技術です。この物質の体内での分布をPETスキャナーと呼ばれる専門のカメラで撮影し画像を作成します。PET検査は、悪性腫瘍やてんかんの診断で利用され安全性が確認されている検査で、脳の構造や機能を見ることも出来ます。
*検査前の食事の制限はありません。

(2)アミロイドPET検査について

アミロイドベータという物質は、年齢に関わらず誰でも脳で作られています、異常に蓄積するとアルツハイマー型認知症発症のきっかけとなることが知られております。アミロイドPET検査では、この物質の脳内蓄積状態を確認することができます。この検査では、トレーサーであるフルテメタモル(¹⁸F)注射剤を腕から注射してPET装置で撮影し画像を作成します。本検査で受ける放射線量は人体にはほとんど影響がない量です。(約5.9 mSvで人が放射線を受けても許容される最大量が1年間50 mSv) Sv :シーベルト

(3)今回の検査の必要性について

今回お受けいただく理由は以下の通りです。

- 認知症に関連する検査です
- 軽度認知障害の段階ですが、アルツハイマー型認知症への移行の可能性について検討します
- アルツハイマー型認知症の初期の可能性について検討します
- 他の認知症との鑑別について検討します

(4)検査手順

- ・検査開始から、終了まで約3時間かかります。
- ・最初に静脈からトレーサーを注射し、待機室と呼ばれる部屋で約90分間安静にしてお待ちいただきます。
- ・PETスキャナーと呼ばれる装置に入ってください、約30分間脳の写真を撮影します。
- ・検査後の体調を確認し、検査終了となります。

検査結果は、ご本人様の主治医へお返しいたしますので、詳しくは主治医より説明を受けていただくようお願いいたします。

(5)注射する物質(トレーサー)の副作用

これまでのところ重大な副作用の報告はありません。

検査の際、担当の者からも不調の有無をお聞きしますが、副作用等症状が出ましたらお知らせ下さい。

医療の質や医療技術の向上の為、本検査の経過で得られた画像、データを匿名化したうえで学術集会、研究会、論文及び学術団体の認定資格等の資料として使用させて頂くことがあります。

日程変更・キャンセルは、検査日3日目の16:00時まで(日祝日・年末年始などの休業日は除く)に、ご連絡をお願いいたします。これ以降の変更・キャンセルは、購入薬剤費(約200,000円)を頂きます。当日の体調不良により検査が受けられない場合もキャンセル扱いとなります。

様 が検査を受けるに当り、上記説明を十分に納得した上で、
検査を受けることに同意します。

年 月 日

患者様(代諾者)署名 : _____
本人でない時は受検者本人との続柄()

同席者署名 : _____

*患者が未成年もしくは、心身障害のため署名不能な時は、保護義務者(後見人、配偶者、親権を行う物または扶養義務者)が署名すること。