

アミロイド脳 PET-CT 検査ご依頼の先生へ（院外用）

1. 検査のお申込み、予約方法について

- (1) 当院専用の「アミロイド脳 PET-CT 検査申込書／診療情報提供書」に必要事項をご記入ください。

注意：次に挙げる 5 項目のいずれかに該当する場合は、検査をお受けできません。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">① 移動はストレッチャー、もしくは車いすで、トイレや移動に介助が必要② オムツや採尿バックを使用しており、1人で交換や排液ができない③ 注射後約 1 時間、待機室において 1人で静かに過ごすことができない④ 検査の間（30分程度）静止ができない、もしくは鎮静が必要⑤ 妊娠中である |
|--|

- (2) ご記入後、FAXでお申し込みください。記入漏れがないようにお願いします。

FAX 025-524-3232（専用） 新潟県立中央病院 患者サポートセンター
（月～金曜日 午前9時～午後4時）

- (3) 予約日時を確定し、検査予約票を送付いたします。

患者さんに必要書類をお渡しいただき、検査当日にお持ちいただくようご説明ください。

※説明書等は当院ホームページからもダウンロードできます。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① 「アミロイド脳 PET-CT 検査申込書／診療情報提供書」の原本② 検査・処置同意書③ 画像資料（CD-R等）④ 「アミロイド脳 PET-CT 検査予約票」⑤ 「アミロイド脳 PET-CT を受けられる方へ（患者さん用）」 |
|---|

- (4) 検査結果は 2～3 日後に郵送します。依頼元の先生からご説明をお願いします。

2. 患者さんに説明していただくこと、及び確認事項

- 午後の検査となります。
- 検査前の食事制限やお薬の使用制限はありません。常用薬がある方はいつも通りに服用するようご説明ください。
- 検査前日と当日の激しい運動や作業を控えるようご説明ください。
- 検査終了後 12 時間は、乳幼児・妊産婦との接触を控えるようご説明ください。
- 検査前日（前診療日）に当院から患者さんへ、電話で検査注意事項の確認をさせていただきます。
- 副作用について今回の検査で使用する放射性医薬品は、重大な副作用としてアナフィラキシーショック（0.2%、1000 人に 2 人の頻度）その他の副作用として、紅潮、血圧上昇、悪心、胸部不快感（1～5%未満の頻度）そう痒感、倦怠感、頭痛、浮動性のめまい（0.5～1%未満の頻度）などが報告されています。また、エタノールを含有している為、アルコールに対し強い反応を示す方はお知らせ下さい。投与時は十分に観察を行い、副作用が発生した場合は医師により迅速に処置を講じます。

3. 予約変更、問い合わせについて

- (1) 検査予約日時の厳守をお伝えいただき、無断キャンセルは避けてください。 アミロイド脳 PET-CT 検査薬剤費が受信者負担になる場合がございます。
- (2) 予約の変更やキャンセルは、依頼元医師から検査日の3日前（診療日3日前）15時まで、患者サポートセンターで受付けます。患者さんからの直接の連絡は受付けていませんのでご了承ください。
- (3) 検査の問い合わせは、当院の放射線科受付（内線 2200）にご連絡ください。

4. アミロイド脳 PET - CT 検査に関する注意事項

- *群馬県から検査薬を輸送するため、交通事情によっては検査中止もあり得ます。（特に冬期間）。
- *注射後に膀胱からの排泄を促すため、水 500ml を飲んでもらい、1 時間後の撮影を行います。
- *撮影には 30 分かかります。じっとしていられない方は検査できません。
- *検査当日は、他の検査をいれないで下さい。（運動による画質の劣化や職員被ばくの問題が生じます。）
- *アミロイド脳 PET-CT 検査での患者の被曝は 8mSv 程度（PET 製剤は 4mSv 程度）です。
- *料金は PET-CT 検査のみの場合、総額で約 25 万円ですが、保険適用の場合は負担割合に応じた金額となります。（例：3 割負担の場合は、負担額が約 8 万円となります。）

5. ご依頼される先生方へ

当院にて保険診療でアミロイド PET-CT 検査を受けていただくためには、以下の要件を満たす必要があります。

- レカネマブ・ドナネマブ(遺伝子組み換え)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。
- 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・ドナネマブ製剤の投与の安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（CSF）検査を行っていないこと。
- 頭部MR I 検査（VSRAD 用 T1Sag、T2*強調画像）の画像提供をお願いします。

新潟県立中央病院 放射線科

患者サポートセンター