やく

**注意事項**

**【検査の流れ（検査終了まで約2時間）】**

①当院診療科から予約された方は、再来受付機に診察券を通し案内表を発行

します。

他院からの紹介の方は、1番窓口にて受付を済ませて案内表を発行します。

②放射線科受付にて、受付を済ませます。

③更衣室で検査着に着替えます。検査担当者から詳しい説明があります。

④検査薬を注射します。

⑤待機室へ移動し、検査担当者から案内があるまで安静にして待ちます

（約1時間）。

⑥検査室へ移動し、撮影を行います（約30分）。

⑦撮影後に待機室へ戻り、検査担当者から案内があるまで待ちます

（20～50分程度）。

⑧検査終了の案内を受けた後、会計窓口へ行ってください。

**【検査前の注意点】**

・飲食の制限はありません。

・普段服用されているお薬は内服していただいて構いません。

・検査薬には、アルコール成分が含まれています。

車、バイク、自転車での来院はお控えください。

**【検査後の注意点】**

・検査後は、食事や運動の制限はありません。

・検査翌日まで、妊婦や乳幼児との接触はできるだけ避けてください。

授乳中の方は、検査当日に限り授乳しないでください。

**【検査結果】**

検査後の結果説明はありません。後日、依頼元診療科や医療機関にて結果説明を受けてください。

**【検査代金】**

■保険適応の場合：1割負担で約2万5千円、3割負担で約7万5千円

■保険適応外の場合：約19万円

※保険適応の有無については主治医にご確認ください。

**【使用する薬と原理】**

放射性同位元素を含む放射性医薬品（Flutemetamol）を

使用し、脳内に集まる様子を撮影することで

アミロイドベータプラークを可視化する検査です。

認知症の原因疾患症のひとつである

アルツハイマー型認知症の診断に役立ちます。

**【薬の副作用】**

検査で使用する薬剤（Flutemetamol）は、国内外の臨床試験に

おいて、831例中、被検薬との因果関係について、関連が否定

できなかった有害事象は46例(6％)で報告されました。

重大な副作用としてアナフィラキシー様反応(0.2％)、

その他の副作用として潮紅、血圧上昇、悪心、胸部不快感(1～5％)、

頭痛、浮動性めまい(0.5～1％)が報告されています。

この薬剤による副作用の可能性は極めて低いと考えられます。

検査は万全の体制のもとで行われ、万が一副作用が発生しても

速やか且つ適切に対処します。

**【検査による被ばくは？】**

１回のPET-CT検査での被ばくは、胃のバリウム検査と

ほぼ同程度です。

短期間に何度も行わなければ問題となる可能性はきわめて

低く、被ばくによる不利益に比べ、検査によって得られる

情報の有益性のほうがはるかに高いといえます。

**【お守りいただきたいこと】**

検査で使用する薬剤は使用期限が短く保管ができません。また、検査の時刻に

合わせて業者（岡山県より）に配達してもらうため、検査当日に

キャンセルした場合、検査薬を他の方に使用することができません。

都合により検査を受けられなくなった方は、早急に放射線科までご連絡を

お願いします。

キャンセルにつきましては

天災による受診困難以外では受け付けません。検査薬の費用を全額負担

していただくことになります。ご了承ください。

**※キャンセル料：検査薬剤（ビザミル静注）費用約19万円**

**【ご了承いただきたいこと】**

・上記同様の理由により、予約時間より遅れて来院されると検査ができない

ことがあります。

・検査当日、装置のトラブルや交通事情により検査薬が届かない場合、検査

開始が遅れたり、検査が行えなくなることもあります。ご了承ください。

その場合の検査薬剤費用は掛かりません。

・検査終了後は当日に限り、外来の診察や他の検査を受けることが

できません。

・妊娠中の方の検査は行っていません。

※不明な点は放射線科へご確認ください。

|  |
| --- |
| 連絡先独立行政法人国立病院機構　浜田医療センター代表：0855-25-0505放射線科受付：0855-28-7140 |

0アミロイドPET-CT検査 問診票0

　　　　　　　　　　　様　生年月日　　　　　年　　月　　日（男・女）

体重　　　　㎏

記入日：　　　　年　　月　　日

**以下の質問について該当するものに〇印をしてください**

①閉所恐怖症はありますか？　　　　　　　　　　　　　　はい　いいえ

②体内に金属がありますか？　　　　　　　　　　　　　　はい　いいえ

はいの方（心臓ペースメーカー　脳内クリップ等　その他[　　　　　]）

　③大きな病気をしたことがありますか？　　　　　　　　　はい　いいえ

はいの方（病名　　　　　　　　時期　　　　　　　　　　）

　④手術をしたことがありますか？　　　　　　　　　　　　はい　いいえ

はいの方（病名　　　　　　　　時期　　　　　　　　　　）

　⑤アルコール（酒類）に対して過敏症やアレルギーはありますか？

　はい　いいえ

女性の方にお伺いします。

⑥現在、妊娠の可能性はありますか？

　　　はい　いいえ

⑦現在、授乳中ですか？

はい　いいえ

|  |
| --- |
| **アミロイドPET-CT検査 同意書****①検査について**この検査は、脳内のアミロイドベータプラークを見ることで、認知症などの疾患を診断します。薬による副作用が発生した場合、保険診療で速やかに対応させていただきます。**②予約の変更、キャンセルについて**検査前日、12時を過ぎての予約の変更、キャンセルはできません。その場合、検査薬の費用（約１９万円）を負担していただきます。ご注意ください。**③医学的利用について**個人情報を保護した上で、検査で得られた画像などを学術・研究などに利用させていただく場合があります。**④その他**装置のトラブルや交通事情により検査薬が届かない場合、検査が遅れたり、検査が行えなくなることもありますのでご了承ください。説明医師名：　　　　　　 　.　浜田医療センター　病院長殿アミロイドPET-CT検査について、上記内容を理解したうえで検査を受けることに同意します　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日本人署名：　　　　　　　　　　　　　.　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代理人氏名：　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　） |