

## アミロイド PET/CT 検査予約方法（病院・医院用）

### 【検査依頼の連絡先について】

検査をご依頼いただく場合、下記の電話番号にご連絡ください。

地方独立行政法人 徳島県鳴門病院 電話：088-683-0011(代表)

FAX：0120-683-681

その際、“アミロイドPET/CTの予約”であるとお伝えください。

PET/CT 担当者が電話対応させていただき、検査日を決定いたします。

### 【検査日の決定について】

基本的に最短の検査日をご案内いたします。

検査日の希望がございましたら、ご相談ください。

検査日の決定までに時間的遅れが発生しますが、FAXによるご依頼も可能です。

その際には検査希望日等をご記入いただければ、可能な限り対応させていただきます。

### 【診療情報提供書および検査依頼書の FAX 送信について】

決定している検査日(または検査希望日)を記入の上、つぎの書類の FAX 送信をお願いいたします。

①FAX 予約診療受付票(紹介状・診療情報提供書)

②アミロイド PET/CT 検査依頼書

FAX の検査日(または検査希望日)の確認後、予約票を FAX で返信いたします。

### 【検査当日にご持参いただく書類について】

検査当日患者様にご持参いただく書類は、以下の通りになります。

①FAX 予約診療受付票(紹介状・診療情報提供書)

②アミロイド PET/CT 検査依頼書

③アミロイド PET/CT 検査に関する同意書

④アミロイド PET/CT 検査問診票

※すべて**原本**をご持参いただくようお願いいたします。

### 【検査結果について】

検査結果および画像データは、後日郵送させていただきます。

## アミロイド PET/CT 検査予約時における注意事項（病院・医院用）

### 【保険適用について】

- 貴院が早期アルツハイマー病治療薬に係わる最適使用推進ガイドラインの基準を満たしていること
- 認知機能の低下および臨床症状の重篤度範囲が以下の(a)および(b)の両方を満たしていること
  - (a) 認知機能評価 MMSE スコア 22 点以上
  - (b) 臨床認知度尺度 CDR スコア 0.5 または 1
- 早期アルツハイマー病治療薬による治療意思が患者本人および家族に確認されていること

### 【脳髄液(GSF)検査について】

- アミロイドβ検査後のPET/CT検査は、可能です。
- リン酸化タウ検査後のPET/CT検査は、**保険適応外**となります。

### 【副作用について】

アナフィラキシー等を起こすことがありますので、十分に問診を行ってください。

#### ○重大な副作用

アナフィラキシー(0.2%)：顔面潮紅・呼吸困難および胸部圧迫感等

#### ○その他の副作用

	1～5%未満	0.5～1%未満
循環器	潮紅・血圧上昇	—
消化器	悪心	—
精神神経系	—	頭痛・浮動性めまい
その他	胸部不快感	—

#### ○アルコール過敏症

薬剤に微量のアルコールが含まれています。

アルコール過敏症がある場合、検査の可否を含めた検討をお願いいたします。

### 【患者様について】

被ばく防止の観点から病院スタッフによる介助は行えません。

患者様ご自身で移動(検査室間の移動や検査台への移動)および待機が行える方が対象になります。

受診者様おひとりでの移動や寝台への昇降が困難な場合は、移動介助を行えるご家族の付き添いが必要です。必ず同行してください。

付き添いの方と一緒に待機することはできません。

### 【付き添いについて】

被ばくの観点から乳幼児や小さなお子様を連れての検査はできません。

介護施設等のスタッフによる介助は、被曝リスクの説明後に必ず同意を得てください。

※介護施設等のスタッフによる介助は、職業被曝の範疇を超えるためです。

**【閉所恐怖症や体動のある方について】**

PET/CT 検査は、MRI 装置のようなドーム内に入って約 30 分間撮影を行います。そのため閉所恐怖症の方や静止状態が維持できない方の検査は行えません。(目安として、MRI の撮影が不可能な方)

**【検査前日について】**

検査前日の激しい運動は控えさせてください。  
そのほかの食事や薬に特段の制限事項はありません。

**【キャンセルや検査日の変更について】**

キャンセルや検査日を変更したい場合は、検査前日の 15:00 までに PET/CT 担当者:088-683-0011(代表)へ電話連絡をお願いいたします。※検査前日が土日祝祭日の場合は、その前日までをお願いいたします。検査前日の 15:00 を過ぎた連絡については、検査薬をキャンセルできない場合があります。キャンセル料を徴収することを含めた検査同意書になっています。ご注意ください。

**【キャンセル時の自己負担について】**

使用期間が非常に短いため、受診者様だけのために準備いたします。そのため検査前日の 15:00 を過ぎたキャンセルや検査時間の変更はできません。検査時間に遅れた場合には、検査に必要な量を投与できなくなるため、検査が行えなくなります。患者様の都合による薬剤キャンセルにつきましては、薬剤の実費(約 200,000 円)を負担していただきます。

**【機器の故障や薬剤輸送中の事故について】**

検査機器の保守点検及び薬剤の輸送体制には万全を期していますが、機器の故障や薬剤輸送中の事故などの際に検査できなくなることがあります。

その場合、日を改めて検査させていただきますのでご了承ください。

台風や雪等の天候不良で薬剤輸送が困難な事が予想される場合も、事前に検査日の変更等の連絡をさせていただきます。ご理解とご協力をお願いいたします。

**【当院からの電話連絡について】**

当院から患者様へ電話連絡を行う場合は、088-683-0011(代表)から発信いたします。

ご登録いただき、着信拒否等なされないようお願いいたします。