

アミロイドPET-CT撮影 検査要項

I. 装置概要

- ・当科のPET-CT撮影装置は、
GE Healthcare社製 DISCOVERY IQ 2.0です。

II. 検査・撮像目的

アルツハイマー型認知症の原因物質と考えられているアミロイド β と結合する薬剤（18F-Flutemetamol）を腕の静脈から体内に投与して、頭部をPET-CT装置で撮影し、アミロイド β を可視化することが出来ます。

III. ご依頼前の注意

- ・ 飲食に関して制限はありません。
- ・ 普段服用されているお薬に関して制限はございませんので、いつも通り服用してください。
- ・ PET-CT検査区域内の設備では、**状態が悪い患者様、監視が必要な患者様**の対応ができませんので、依頼を受けることができません。
- ・ 検査担当職員の被曝増大になりますので、**介助が必要な患者様（特に排尿時）、ストレッチャーの患者様**は依頼を受けることはできません。
- ・ **閉所恐怖症の方、20分の仰臥位姿勢ができない方**は検査できない場合があります。
- ・ 患者様が女性である場合（妊娠可能な女性）には必ず**妊娠の可能性がないこと**の確認をお願いします。
- ・ 授乳中の方は検査当日の授乳をしないでください。
- ・ 検査は月曜日～金曜日の14：00、14：10となっております。
- ・ 検査は受付から終了まで**約3時間**です。
- ・ 検査日時に合わせて18F-Flutemetamol薬剤を事前発注しますので、**キャンセルの場合はできるだけ早目に連絡してください。**

IV. オーダー方法（オーダーから結果報告までの流れ）

① 電話でご予約をしてください。

TEL: 080-8748-7922

- ・ 検査内容をお伝えください。
- ・ 患者様の状態について、こちらからいくつか質問させていただきます。
- ・ 検査日時を決めます。
- ・ 患者様の氏名、性別、生年月日、連絡先電話番号をお伝えください。
- ・ ご予約のお電話は、平日の9時～16時の時間帯にお願いいたします。

② 患者さまに以下のご説明をお願いいたします。

- ・ 『**アミロイドPET-CT検査説明書および同意書(様式1)**』をもとに検査のインフォームドコンセント。
- ・ 当日、お持ちいただくもの。
『**診療情報提供書（アミロイドPET-CT検査依頼票）**』、『**アミロイドPET-CT検査説明書および同意書(様式1)**』、『**アミロイドPET-CT検査予約票**』、保険証、参考画像データ。
- ・ 検査当日の予約時間の**1時間前**に来院し、『**1階 総合案内**』で先に会計後、『**1階 放射線科受付**』
→ 『**地下1階 PET-CT検査受付**』にお越しいただくこと。

③ ファックスにて送信して下さい。

- ・ 『**診療情報提供書（アミロイドPET-CT検査依頼票）**』に記載後、ファックスにて送信してください。

FAX: 072-958-5210

- ・ 患者様に『**診療情報提供書（アミロイドPET-CT検査依頼票）**』と『**アミロイドPET-CT検査説明書および同意書(様式1)**』と『**アミロイドPET-CT検査予約票**』と参考画像データをお渡しください。

④ 結果報告について

- ・ 所見は直接に配送または郵送させていただきます。
- ・ 画像データとしてカラープリントとCD/DVDも同封させていただきます。

V. 副作用と検査・撮影中の連絡対処について

- ・ごく稀にアナフィラキシー(0.2%)を引き起こすことがあります。
- ・血圧上昇や胸部不快感(1～5%未満)、頭痛やめまい(0.5～1%未満)がみられることもあります。
- ・撮影中に不測の事態や確認等の必要が生じた場合には下記の順で連絡・対処させていただきます。
(上位番号より連絡確認。連絡がとれない場合は順次下位番号へ連絡し、指示を仰ぐ)

- ① 検査依頼医への連絡および対処確認。
- ② 当院放射線科医師への連絡、経緯報告および対処確認。

VI. 保険適用要件

レカネマブまたはドナネマブ投与の可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場合において、アミロイドPET-CT検査は保険適応となります。

レカネマブまたはドナネマブの最適使用推進ガイドラインにおける投与対象となる患者に該当する必要があります。



〒583-0872 大阪府羽曳野市はびきの2丁目8番1丁目
TEL. 072-958-1000 (代表)
FAX. 072-958-5210 (放射線科直通)
放射線科受付時間
月曜日～金曜日 午前9時から午後4時まで