

アミロイドPET-CT検査説明書・同意書

様式1

■アミロイドPET-CT検査の注意事項

- ☐ 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。
- ☐ 検査当日は予約時間の1時間前までに1階総合案内へお越しください。
- ☐ 予約時間に遅れますと、検査ができなくなる場合がありますので注意してください。
- ☐ 放射性医薬品を体内に投与するので、移動などで介助が必要な方は検査できません。
- ☐ 閉所恐怖症の方は検査できない可能性があるのご相談ください。
- ☐ 撮影時間は約20分で、安静を保持出来ない方は検査できません。
- ☐ 授乳中の方は検査当日の授乳をしないでください。翌日からはかまいません。
- ☐ 妊娠中または妊娠の可能性のある方は検査ができませんのでご了承ください。

■アミロイドPET-CT検査について

- ☐ 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、頭部をPET-CT装置で撮影します。
- ☐ 脳内のアミロイドβを可視化し、陽性・陰性の判定を行います。
- ☐ 検査受付から終了までの所要時間は2～3時間です。

■アミロイドPET-CT検査の安全性と危険性について

- ☐ PET-CT検査で使用する18F-Flutemetamolは製薬会社で検査当日に製造されたものを使用します。
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・胸部不快感(1～5%未満)、頭痛・めまい(0.5～1%未満)がみられることもあります。
- ☐ PET-CT検査の被曝線量は約5mSvです。この線量で放射線障害が起こることはありません。
周囲の方にも放射線被曝がありますが、放射線障害が起こることはありません。
妊娠されている方や小児が近くにいらっしゃる方は距離をとっていただくようご配慮をお願いします。

説明医師署名:

説明日: 年 月 日

同 意 書

■私は上記医師より上記内容について説明を受け、十分理解したので検査を受けることに同意します。

患者氏名: 様

同意日: 年 月 日

同意者署名:

署名者: ☐本人 ☐代理人(患者様とのご関係:)



医療法人 春秋会 城山病院

〒583-0872
大阪府羽曳野市はびきの2丁目8番1号
TEL 072-958-1000(代表)