

脳アミロイド PET-CT 検査の説明書

私は患者_____様の診療行為 脳アミロイド PET-CT 検査 について、次のような説明を行いました。

1. 脳アミロイド PET-CT 検査が適応となる病名と病状

私は今回、患者 _____ 様にアルツハイマー病による軽度認知障害（認知症の前の段階）もしくは軽度認知症の疑いがあるため、脳アミロイド PET-CT 検査を実施します。

2. 脳アミロイド PET-CT 検査について

アルツハイマー型認知症の原因は、脳内で作られるアミロイドβという特殊なたんぱく質が異常に蓄積し、神経細胞が障害されることと考えられています。脳アミロイド PET-CT 検査は、アミロイドβを取り除くことによって認知症の症状の進行を遅らせる「レカネマブ（レケンビ®）」という薬剤を使用した治療の対象となるかどうかを見極める上で大変重要な検査です。本検査では、微量の放射線を放出する診断用の薬剤「ビザミル®静注」を静脈注射します。この薬剤はアミロイドβに結合する性質があるため、脳内のアミロイドβの蓄積の程度を高い精度で評価することが可能となります。検査は薬剤を静脈注射した後、待機室にて 90 分待機し、頭部の撮影を 30 分を行います。

3. 検査薬剤の副作用について

検査で使用する「ビザミル®静注」での副作用は極めて稀ですが、1～5%未満で顔面紅潮、0.5～1%未満で血圧上昇、悪心、頭痛、浮動性めまい、胸部不快感、0.2%でアナフィラキシーを起こす場合があります。万が一発生した場合には、症状に応じて対応いたします。また、微量のエタノールを含むため、アルコール過敏症の方には特に注意して注射を行います。なお、これまで本剤でアレルギー反応を起こしたことがある方は検査できません。

4. 検査に伴う被ばくについて

放射線を用いる検査のため、わずかですが放射線による被ばくがあります。1回の検査で受ける被ばく線量は、薬剤による約 4.81mSv と同時に撮影する頭部 CT を合わせた約 5mSv です。この線量は、1年間に自然放射線（大地や宇宙からの放射線）から受ける被ばく線量が約 2.4mSv、胃のバリウム検査が約 3.5mSv であるのを考えても身体に影響を及ぼす量ではありませんのでご安心ください。また体内に入った薬剤は約 2 時間毎に半分となり、尿などから体外へ排泄されるため検査翌日には体内に残る薬はほとんどなくなっています。

5. 付き添いについて

安全に検査を行うため、日常生活で介助を必要とする方やお一人で待機できない方につきましては検査の付き添いをお願いしております。本検査は付き添いの方もわずかですが放射線による被ばくがあります。妊娠中の方やお子様連れの方の付き添いはご遠慮ください。

(患者さん控え用)

6. 検査後について

検査で使用する薬剤は尿と一緒に体外へ排泄されます。水分摂取に制限のない方は、排泄促進のために水分を通常より多くおとりください。授乳中の方は、検査後 24 時間の授乳を避けてください。また、検査後 12 時間は乳幼児や妊婦との密接な接触を控えてください。

7. 検査のキャンセルについて

検査で使用する薬剤は有効期限が非常に短く高価なもので、検査を受けられる方に合わせて製造された薬となります。このため検査予定時間に遅れたり、来院されなかった場合は薬剤が使用できなくなってしまいます。当日のキャンセルは原則としてお断りさせていただいており、その場合は薬剤費 200,000 円を全額ご負担いただきます。ご都合で来院いただけない場合は、検査前日の午後 3 時（月曜の場合は前週の金曜日、**祝日の場合は休前日**）までに必ず紹介された医師にご連絡ください。

8. 代替可能な検査

代替検査には、脳脊髄液中のアミロイドβの減少をみる検査があります。髄液検査は腰椎の間に針を刺し脳脊髄液を採取するので、脳アミロイド PET-CT 検査に比べてやや侵襲性の高い検査となります。

9. 検査の同意を撤回する場合

一旦同意された後でも、検査前日の午後 3 時（月曜の場合は前週の金曜日、**祝日の場合は休前日**）までは、ご希望によりいつでも同意を取り消し、検査を中止することができます。仮に同意されない場合でも何ら不利益な取り扱いを受けることはありません。

10. 連絡先

本検査について質問がある場合や検査を受けた後に緊急の事態が発生した場合には、下記まで連絡してください。

連絡先 住所：愛知県安城市安城町東広畔 28 番地

病院：安城更生病院

電話：0566-75-2111（代表）

愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院

医師 _____

（患者さん控え用）

愛知県厚生農業協同組合連合会

安城更生病院長 殿

同 意 書

説明者 _____

同席者（病院側） _____

_____の、診療行為 脳アミロイドPET-CT検査 に同意します。

（同意しない場合は下記に「同意しません」と記入し、同意しない理由を記入してください。）

令和 年 月 日

本 人 _____（自署）

本人以外 _____（自署） 患者との続柄 _____

（病院控え用）