

アミロイドPET検査説明書・同意書

医療法人社団 高邦会 福岡山王病院
PETセンター

1. PET-CT 検査について

この検査は放射性同位元素を標識した¹⁸F-フルテメタモルという薬剤を静脈注射し脳内に行き届いた後にPET-CT装置で撮影を行い、脳内アミロイドベータプラークを画像にして診断する検査法です。

2. 安全性について

検査において使用する¹⁸F-フルテメタモルはまれに(1~5%未満)で潮紅、(0.5~1%未満)で血圧上昇、悪心、胸部不快感、頭痛、不動性めまいなどを起こすことがあります。また、(0.1%)でアナフィラキシーを起こすことがあります。

3. 被ばくについて

患者様自身が放射線源となり、PET-CT1回の検査で約5.0mSv(ミリシーベルト)という量の被ばくを伴います。これによる急性放射線障害が起こることはありません。また、検査終了当日はご家族やご家族以外でも妊娠されている方、乳幼児やお子様との接触はなるべく控えて頂くようお願い致します。

4. 付き添い等について

患者様おひとりで検査台への昇降が困難な場合や、視力・聴力・認知機能に障害をお持ちの場合にはご家族の付き添いをお願いすることがあります。また、乳幼児や小さなお子様を連れての検査は被ばくの関係上出来ませんのでご承知ください。

5. PET-CT 検査の医学的利用について

この検査で得られた画像や結果等は、検査を受けた患者様が特定できないように十分配慮したうえで学術・研究等に利用させて頂くことがありますので、ご理解とご協力をお願い致します。

6. アミロイドPETの検査日変更・キャンセルについて

この検査で使用する医薬品は使用期間が非常に短いため、必ず検査時間に来院して頂く必要があります。検査時間に遅れた場合は検査ができませんのでご注意ください。また、医薬品発注の関係から、日祝を除く2日前の14時以降のキャンセル・検査日変更はできません。それ以降は、患者様の希望で検査日時を変更またはキャンセルされる場合はキャンセル料(20万円)を請求させていただきます。但し、患者様の容態悪化など医学的理由や地震・台風等の天災要因に基づく場合に限り、状況に応じてその都度キャンセルの受け付けを判断させていただきます。

福岡山王病院長 殿

私は、今回のアミロイドPET検査を受けるにあたり、納得した上で検査を受けることに同意致します。

年 月 日

本人または代理人(続柄) 氏名 _____ 印

アミロイドPET検査説明書・同意書

医療法人社団 高邦会 福岡山王病院
PETセンター

1. PET-CT 検査について

この検査は放射性同位元素を標識した¹⁸F-フルテメタモルという薬剤を静脈注射し脳内に行き届いた後にPET-CT装置で撮影を行い、脳内アミロイドベータプラークを画像にして診断する検査法です。

2. 安全性について

検査において使用する¹⁸F-フルテメタモルはまれに(1~5%未満)で潮紅、(0.5~1%未満)で血圧上昇、悪心、胸部不快感、頭痛、不動性めまいなどを起こす事があります。また、(0.1%)でアナフィラキシーを起こすことがあります。

3. 被ばくについて

患者様自身が放射線源となり、PET-CT1回の検査で約5.0mSv(ミリシーベルト)という量の被ばくを伴います。これによる急性放射線障害が起こることはありません。また、検査終了当日はご家族やご家族以外でも妊娠されている方、乳幼児やお子様との接触はなるべく控えて頂くようお願い致します。

4. 付き添い等について

患者様おひとりで検査台への昇降が困難な場合や、視力・聴力・認知機能に障害をお持ちの場合にはご家族の付き添いをお願いすることがあります。また、乳幼児や小さなお子様を連れての検査は被ばくの関係上出来ませんのでご承知ください。

5. PET-CT 検査の医学的利用について

この検査で得られた画像や結果等は、検査を受けた患者様が特定できないように十分配慮したうえで学術・研究等に利用させて頂くことがありますので、ご理解とご協力をお願い致します。

6. アミロイドPETの検査日変更・キャンセルについて

この検査で使用する医薬品は使用期間が非常に短いため、必ず検査時間に来院して頂く必要があります。検査時間に遅れた場合は検査ができませんのでご注意ください。また、医薬品発注の関係から、日祝を除く2日前の14時以降のキャンセル・検査日変更はできません。それ以降は、患者様の希望で検査日時を変更またはキャンセルされる場合はキャンセル料(20万円)を請求させていただきます。但し、患者様の容態悪化など医学的理由や地震・台風等の天災要因に基づく場合に限り、状況に応じてその都度キャンセルの受け付けを判断させていただきます。

福岡山王病院長 殿

私は、今回のアミロイドPET検査を受けるにあたり、納得した上で検査を受けることに同意致します。

年 月 日

本人または代理人(続柄) 氏名 _____ 印