

《 アミロイドPET 検査、ご依頼時のお願い(医療機関の皆様へ) 》

アミロイドPET 検査のご依頼は、別紙「アミロイドPET 検査申込書」に必要事項をご記入いただき、

小樽市立病院患者支援センター FAX [0134(25)1600] に送信をお願いします。

担当部門と調整の上、折り返し患者支援センターより予約日時をご連絡いたします。

- アミロイドPET の保険適応要件は以下の通りです。
 - ・ 抗アミロイドベータ抗体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。
 - ・ アルツハイマー病による軽度認知症が疑われる患者等に対し、抗アミロイドベータ抗体薬の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目的である。
 - ・ 脳脊髄液(CSF)検査を行っていない。
 - ・ 認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲が以下の(a)及び(b)の両方を満たすことが投与前 1 ヶ月以内の期間を目安に確認されていること
 - (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 又は 1
 - ・ 抗アミロイドベータ抗体薬による治療意思が患者本人及び家族に確認されている。
- 患者さんには、検査の目的や費用、「アミロイドPET 検査を受けられる方へ」の注意事項等のご説明をお願いいたします。
- 貴院にて施行されました、頭部MRI検査の画像データを CD 等にてご提供をお願いいたします。
- 検査日は、毎週金曜日午後(完全予約制)です。
- 検査時間は約 2 時間を予定しております。
- 食事・服薬・運動などの制限はありません。
- 連絡先電話番号は、日中に必ずご本人に連絡が取れる電話番号のご記入をお願いいたします。
- 原則として、鎮静が必要な方や高度な介助が必要な方の検査はできませんので、ご了承願います。
- 移動に介助が必要な場合は、付き添いの方に手助けをお願いする場合があります。
- 一般の方や職員の被ばくを避けるため、検査当日は、当院他科外来の受診や他の検査を予約なさらないようお願いいたします。
- 「アミロイドPET 検査申込書」(原本)及び「アミロイドPET 検査問診票」は、ご記入の上、患者さんにお渡しいただき、お持ちいただくようお願いいたします。
- 画像データ及び当院放射線診断科担当医の読影レポートは、1 週間程度で郵送いたします。

《アミロイドPET 検査のお問い合わせ》

小樽市立病院 患者支援センター 電話 0134(25)1211(代)

までお願いします。