

脳アミロイド PET/CT 検査に関する 保険適応要件の説明と同意書

川崎医科大学附属病院

1. 検査について

アルツハイマー型認知症では、発症する前から脳内にアミロイド β が沈着していると考えられています。脳アミロイド PET 検査では、このアミロイド β の脳内沈着を画像として捉えることが可能となります。

当院では、アルツハイマー病による軽度認知障害または軽度の認知症が疑われる方に対して、抗アミロイドベータ抗体薬の投与の可否を判定する目的で検査を行います。

2. 検査の安全性と危険性

この検査に使用するお薬による重篤な副作用の報告はありません。また、検査の被ばく量は少量で、身体への放射線による悪影響はありません。ただし、妊娠している方の検査はできません。検査後は通常通りの生活をしていただけますが、検査後 24 時間は微量の放射線が体内に残っているため、当日の授乳と乳幼児との接触は控えてください。

3. ご依頼にあたっての保険適応要件と注意事項

当院にて保険診療の脳アミロイド PET 検査を受けていただくためには、以下の条件を満たす必要があります。

- ・抗アミロイドベータ抗体薬の投与に係る最適使用推進ガイドラインに準拠している施設であること
- ・認知症疾患医療センター以外の施設の場合は、認知症疾患医療センターと連携がとれること
- ・依頼医は認知症やアルツハイマー病に関する十分な知識と経験をもつ専門医師であること
- ・アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者に対し、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こと
- ・脳脊髄液(CSF)検査を行っていないこと

4. その他

検査機器の保守点検、検査薬の輸送体制には万全を期しておりますが、万一機器のトラブル・輸送中の事故などの際には撮影ができなくなる場合があります。その場合は、後日もしくは時間を変更させて検査させていただきますので、ご了承ください。検査の保険適応は、項目3の要件が定められており、条件に合わない場合は検査費用が患者さまの自己負担になることがあります。

上記のとおり説明いたしました。

年 月 日 紹介元医療機関名 _____

検査依頼医師名 _____ 科 氏 名 _____

上記の説明文を熟読し、さらに担当医師からも口頭による説明を受け、内容について理解できました。その上で 脳アミロイド PET/CT 検査を受けることに同意します。

年 月 日 本人(自筆) _____

代理人(自筆) _____ (続柄 _____)

川崎医科大学附属病院