

脳アミロイドPET検査に関する保険適応要件の説明書

D04513

説明内容

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患者さんに対して、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

この検査に使用の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. 検査を受けるにあたり次の点をご理解ください。

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ことが必要です。

- ・ 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または軽度の認知症が疑われる患者さんに対して、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して検査をさせていただきますので、ご了承ください。

検査の保険適応は制限されており、疾患や目的によって検査費用は患者さんの自己負担になることがあります。

上記の通り説明いたしました。

説明日 _____ 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。

患者本人

代諾者（患者本人との関係： _____ ）

_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 氏 名(自筆)

署名不能 理由 [患者本人意思表示可だが署名不能 その他(_____)]

(注)医療者の代筆署名不可。