

アミロイド PET 検査の説明・同意書

1. アミロイド PET 検査とは

放射性同位元素を含む「放射性医薬品」を体内に投与し、放射性医薬品から放出される放射線等特殊なカメラで撮影し、体内の様子を調べる比較的安全な検査です。アルツハイマー病は、脳内にアミロイド β 蛋白と呼ばれる物質がたまることが原因のひとつと考えられています。アミロイド PET 検査を行うことで、このアミロイド β 蛋白が脳内にたまっているかどうかわかります。

2. 放射線被ばくについて

検査に用いる放射性医薬品は微量で放射線を放出できる時間も短く、被ばくも少ないため放射線による障害の事例は発生していませんが、被ばくについてご心配な方、妊娠中の方、妊娠の可能性のある方、現在授乳中の方、小児の方については必ずその旨を申し出て、医師とご相談下さい。

3. 検査薬剤の副作用について

今回の検査で使用する放射性医薬品(ビザミル静注)は、重大な副作用としてアナフィラキシーショック(0.2%, 1000 人に 2 人の頻度)、その他の副作用として、紅潮・血圧上昇・悪心・胸部不快感(1~5%未満の頻度)・頭痛・浮動性のめまい(0.5~1%未満の頻度)などが報告されています。また、エタノールを微量含有している為、アルコールに対し強い反応を示す方はあらかじめ主治医にお知らせ下さい。投与時は十分に観察を行い、副作用が発生した場合は迅速に処置を講じます。

4. 検査費用について

本検査には、医療保険が適応されます。患者さんにご負担いただく費用は、1 割負担の方で約 2 万 5 千円、3 割負担の方で約 7 万 5 千円になります。また、万が一検査に伴って合併症・副作用が生じた場合は適切に治療を行います。その際の診療費につきましても請求させていただきます。

5. 日程変更・キャンセルについて

アミロイド PET 検査の放射性医薬品は有効期限が投与日当日限りです。そのため、検査当日の予約の変更及びキャンセルは、原則できませんのでご了承下さい。

もし、検査予約日程の変更やキャンセルをご希望される場合は、事前に検査依頼元の医療機関に連絡のうえ検査前日(前日が休日の場合は直近の平日)12 時までに山形済生病院 PET/CT センター(電話番号:023-682-1112)までご連絡下さい。

PET/CT 装置は高精度な装置のため、常に保守・点検を行っておりますが、機械のトラブル・薬剤到着の遅延などで検査開始時間が遅れる場合や、検査が延期になることがあります。予めご承知をお願いいたします。

6. キャンセル料について

検査前日の 12 時以降、又は当日に日程変更や体調不良等の理由によりキャンセルされた場合は、キャンセル料*をご負担いただきますので予めご了承ください(天災による受診困難を除く)。また、検査薬の使用期限はとても短いため、ご予約のお時間にご来院いただけない場合は検査中止となることもあります。時間の関係で検査中止となった場合もキャンセル料*が発生します。

*キャンセル料:検査薬剤(ビザミル静注)費用として 19 万円(税込)をご負担いただきます。

7. 検査後について

放射性医薬品を投与するため、身体から微量な放射線が放出されています。時間とともに減衰していきますが、周りの方々への無益な放射線被ばくを防ぐため、当日は他者(特に乳幼児、妊娠中の方)との長時間の接触をできるだけ控え下さい。

投与後当日には原則として他の予約検査(超音波「エコー」、脳波、骨密度測定、CT、MRI など)や、診察等は控えてください。

8. 検査データについて

当院は、医療の発展の為に研究・発表を行っています。診療記録(各種検査結果・検査で得られた画像などの医療情報)を、匿名化した状態で利用する事があります。

9. 予想外の緊急時の処置について

万一、検査や治療を行う中で合併症が発生した場合には、医師は最善と思われる緊急処置を迅速に講じますが、その場合の費用(追加診療費)は通常の診療と同様に保険診療となります。

これらのことをご了承の上、ご署名をお願いいたします。

検査に関する同意書

私が文書と口頭で説明を行いました。

説明日:令和 年 月 日

医師署名 _____ (印)
※医師署名欄:ワープロ入力される場合は必ず印をお願いします。

私は、今回の検査について上記の説明を受け、理解し、納得しましたので、その実施に同意いたします。

同意日:令和 年 月 日

本人署名 _____

(ご本人が署名できない場合や未成年の場合には、ご親族などの代理人が下記に署名してください。)

代理人署名 _____ (続柄 _____)

※同意書はいつでも撤回することができます