

医療機関の皆様へ

【 アミロイドPET 検査ご依頼時のお願いと注意事項 】

・アミロイドPET 検査のご依頼について

アミロイドPET 検査のご依頼は、「診療情報提供書（アミロイドPET 検査予約票）」に必要事項をご記入いただき、下記まで **FAXにて送信**をお願いします。折り返し予約日時をご連絡いたします。

なお、使用する薬剤の都合上、検査日は **毎週金曜日の午後のみ** となっております。

○ 札幌市医師会会員医療機関 様

札幌市医師会地域医療室

FAX番号 011（707）7706

* 予約に関するお問い合わせは **電話 011（707）7705（直通）** までお願いします

○ 上記以外の医療機関 様

市立札幌病院地域連携センター

FAX番号 011（726）7832

* 予約に関するお問い合わせは **電話 011（726）7831（直通）** までお願いします

・アミロイドPET 検査に関する注意事項

当院のアミロイドPET 検査は、原則抗アミロイドβ抗体薬に関わる最適使用推進ガイドラインに則って検査を行っております。

以下の項目をすべて満たす場合に限り、保険適用で検査可能となりますので、よくご確認ください。

- ✓ 貴院が抗アミロイドβ抗体薬に係る最適使用推進ガイドラインの基準を満たしている。
- ✓ 以下の(a)及び(b)の両方を満たすことが、投与開始前1か月以内の期間を目安に確認されている。
 - (a) 認知機能評価 MMS Eスコア 22点以上
 - (b) 臨床認知症尺度 CDR全般スコア 0.5 または 1
- ✓ 抗アミロイドβ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。
- ✓ 脳MRI検査において、血管原性脳浮腫、5個以上の脳微小出血、脳表ヘモジデリン沈着症又は1cmを超える脳出血がないことが確認されている。（画像検査のCD等を必ずご持参ください。）

その他注意事項

- 検査薬罪に少量のアルコールが含まれているため、アルコールに対し重篤なアレルギー症状（呼吸困難・蕁麻疹など）や過敏症のある方は事前にご相談ください。
- 検査費用は3割負担の方で約7万4千円、1割負担の方で約2万5千円です。
- 使用する放射性医薬品は患者様お一人専用に発注するため、キャンセルは**検査前日 16：00** までにお願いします。なお、無断でのキャンセルは薬剤料（約20万円）を患者様にお支払い頂く場合があります。
- 検査前日には、当院から検査時刻等の確認の電話を患者様にさせていただきます。
- 一般の方や職員の被ばくを避けるため、アミロイドPET 検査と同日に他科受診や他の検査を予約なされないで下さい。
- 連絡先電話番号は日中、必ずご本人に連絡の取れる電話番号をご記入ください。
- 検査当日、開始時間に遅れると検査できない場合がありますので御注意下さい。
- 画像および当院放射線診断科担当医の読影レポートは、検査後1週間程度で郵送いたします。
- 「アミロイドPET 検査 問診票」は、ご記入の上、検査当日、患者様にご持参する様お伝えください。