**アミロイドPET/CT検査開始のお知らせ**

恵佑会札幌病院では2025年8月より連携医療機関様から保険適用でのアミロイドPET/CT検査の予約を開始いたします。検査のご依頼につきましては、以下の保険適用要件や注意事項をご確認ください。

尚、当院ではPET/CT装置で18F-フルテメタモル（ビザミル）を用いた脳アミロイドPET撮像におけるPET撮像認証施設（I）を取得しています。また、読影医はアミロイドPET読影講習を修了しています。

**【検査ご予約の流れ】**

1. **レカネマブ・ドナネマブの保険適用に該当することをご確認の上、診療情報提供書（検査依頼書）にご記入お願いします**
2. **検査説明・同意書を用意しておりますので、患者様へ簡単にご説明と同意取得をお願いします**
3. **診療情報提供書（検査依頼書）と同意書をFAXで送信お願いいたします（FAX. 011-834-5666）**
4. **検査日（空きのある最短の金曜午後）が決定いたしましたら、当院から予約票をFAXでお送りいたしますので、患者様へお渡しください**
5. **検査当日は、患者様に同意書をご持参いただくようお伝えください**
6. **検査結果のCD-Rは出来る限り早く郵送いたします。お急ぎの場合はご連絡ください**

**【レカネマブ・ドナネマブ保険適用要件】**

●　効能・効果として「アルツハイマー病による軽度認知障害および軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品」（レカネマブ・ドナネマブ）に係わる厚労省最適使用推進ガイドラインに準拠している施設からの依頼であること

●　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に対し、レカネマブ・ドナネマブの投与の要否の判断のために、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

●　上記ガイドラインにおける、「投与対象となる患者」の要件①～④を満たしている患者であること

①患者本人および家族・介護者の、安全性に関する内容も踏まえレカネマブ・ドナネマブによる治療意志が確認されていること

②レカネマブ・ドナネマブの禁忌に該当しないこと

・上記医薬品の成分に対し重篤な過敏症の既往歴がある患者

・上記医薬品投与開始前に血管原性脳浮腫、5個以上の脳微小出血、脳表ヘモジデリン沈着症又は1cmを超える脳出血が認められる患者

③MRI検査（1.5 Tesla以上）が実施可能であること

④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、投与開始前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　レカネマブ22点以上、ドナネマブ20点以上28点以下

(b) 臨床認知症尺度　CDR全般スコア　0.5または1

**【アミロイドPET/CT検査の注意事項】**

〇　検査薬に微量のアルコールが含まれているため、アルコールに重篤な過敏症がある場合は検査を行いません

〇　検査薬の成分に対し、過去にアナフィラキシーショックの報告があります（0.2%）。万が一副作用が生じた場合は、症状に応じた処置が必要になります

〇　放射性医薬品を投与しますので、検査後の当日中は乳幼児や妊娠中の方との長時間の接触をできるかぎりお控え下さい

〇　妊娠中は検査を行いません。授乳中の場合、検査後24時間の授乳をお控えください

〇　仰臥位で30分間、静止可能であることをご確認ください

〇　検査時間は約2時間半です。付添の方とのご来院をお願いします

〇　事前の食事や服薬、運動の制限はありません

〇　保険適用外の自由診療による検査は行っておりません

**【検査日について】**

毎週金曜の午後にアミロイドPET/CT検査を行っております

空きのある最短の検査枠で予約しますが、ご希望の検査日がある場合は、診療情報提供書の備考欄にご記入下さい

**【検査料金やキャンセルについて】**

検査料金は3割負担で約75,000円です

稀に機器の故障や検査薬の輸送遅延などで検査が延期になる場合もあることをご承知おきください

キャンセルされる場合は前日（検査前最終診療日）15時までに必ずご連絡をお願いします（当日キャンセルやご連絡がない場合、薬剤料をご負担いただく場合があります）

社会医療法人　恵佑会札幌病院

TEL. (011)863-8800

FAX. (011)863-5666

（地域医療連携室直通）

受付時間（平日9:00～17:00）