

## FDG-PET/CT 検査に関する説明・同意書

年 月 日

患者 ID : \_\_\_\_\_ 患者名 : \_\_\_\_\_ 様

## 1) FDC-PET-CT 検査について

## ○検査内容

$^{18}\text{F}$ -FDG（放射性医薬品）という薬剤を静脈注射した後に撮影を行い、全身の悪性腫瘍（早期胃がんを除き、悪性リンパ腫を含む）等を画像化し、目的疾患とその遠隔転移等を診断する検査です。撮影範囲は全身（頭頂～鼠径部）となります。

○悪性腫瘍以外の疾患も上記と同様に撮影を行います。また下記の疾患は健康保険が適用されます。

- ・大型血管炎（高安動脈炎または巨細胞性動脈炎）：すでに大型血管炎と診断のついている患者、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない方の場合。
- ・心サルコイドーシス：心サルコイドーシスの診断（心臓以外で類上皮細胞肉芽腫が陽性でサルコイドーシスと診断され、かつ心臓病変を疑う心電図又は心エコー所見を認める場合に限る。）又は心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる方の場合。

※虚血性心疾患とてんかんも保険適用ですが、当院では実施しておりません

○検査の所要時間は、注射から検査終了まで、おおむね2時間かかります。

## 2) 検査に伴い予想される危険性、合併症など

## ○安全性について

検査に使用する  $^{18}\text{F}$ -FDG という薬はブドウ糖類似物質であるためアレルギー等の副作用はほとんどありません。しかし、稀に注射によって迷走神経が刺激されることで血圧低下、嘔吐、気分不快などの迷走神経反射が生じる場合があります。

## ○被ばくについて

$^{18}\text{F}$ -FDG による被ばく（2～10mSv）がありますが、身体に影響が出る量ではない為、心配はありません。

なお、妊婦の方及び小児は受診することは可能ですが、胎児の被ばく等を主治医と十分に相談し、承諾した上で検査を受診してください。

## ○個別のリスクについて

◆除細動器（CRT-D 等）やペースメーカー、その他埋め込み型医療機器（神経刺激装置など）を装着している方  
除細動器（CRT-D 等）や一部のペースメーカー、その他埋め込み型医療機器（神経刺激装置など）を装着している方は検査ができない、もしくは販売メーカーの立会いのもとで検査を行う場合があります。それに伴う費用は患者様の自己負担（約1万円）となりますので予めご了承ください。

また、販売メーカー立ち合いのもとで検査を行う際に除細動器（CRT-D 等）や一部のペースメーカーの設定を一時的に変更して検査を行うため、検査終了後に不具合が生じる可能性も稀にございます。

総合相模更生病院

※書類完成後スキャンをしてください

◆糖尿病治療をしている方

インスリンや血糖調整薬の使用に注意が必要となりますので、必ず主治医にご確認ください。

3) 検査に伴って生じる生活への影響

検査後も身体の中から放射線が発生 ( $^{18}\text{F}$ -FDG 残存の影響) するため、検査終了後 6 時間程度は周囲への被ばくが多少なり生じますので人との接触は控えていただくのが望ましいです。

特に小さなお子様は放射線による感受性が高いため、検査終了後 12 時間は可能であれば接触を控えて頂き、授乳中の方は、検査終了後 24 時間は授乳を控えて頂くのが望ましいです。

4) 費用について

PET/CT 検査は、一定の条件を満たした場合にのみ健康保険が適用されます。

保険適用の場合、保険の自己負担割合によります。

保険適用の可否については、主治医の先生にご確認ください。

6) 同意しない権利について

今回の検査ならびに治療方針に関して、同意書に署名をした後でも、治療が開始されるまでの間に同意を撤回することが可能です。同意を取り下げる場合は、お申し出ください。

7) その他

○検査当日の血糖値が 200mg/dl 以上の場合は検査が行えない場合があります。

○PET/CT 検査は多くの精密機器を使用しております。そのため、機械のトラブル等で検査開始時間が遅れる場合や、状況により検査を行えない場合もあります。また交通状況により薬剤が届かない場合は検査開始時間の遅延またはキャンセルが生じることもありますのでご了承ください。

以上の FDG-PET/CT 検査に関する、検査内容、リスク・副作用、注意事項等について説明いたしました。

年 月 日

説明医師 \_\_\_\_\_

総合相模更生病院 病院長殿

私は、FDG-PET/CT 検査に関する説明を受け、検査内容、リスク・副作用、注意事項等について十分に理解しましたので、検査を受けることに同意します。

年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ (自署)

親族又は代理人氏名 \_\_\_\_\_ (自署) 続柄 ( )

総合相模更生病院

※書類完成後スキャンをしてください