

アミロイドPET検査依頼書 (診療情報提供書)

(紹介先医療機関名) 〒951-8566

(紹介元医療機関名)

新潟市中央区川岸町2丁目15番地3

所在地

新潟県立がんセンター新潟病院

名称

患者サポートセンター (地域連携部門) 宛て

TEL

TEL:025-266-5111 Fax:025-234-0022

FAX

フリガナ	<input type="checkbox"/> 男	住所
患者氏名	<input type="checkbox"/> 女	
電話番号		
生年月日	大・昭・平 年 月 日 歳	アミロイドPET検査歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (年 月 日)

<input checked="" type="checkbox"/> 脳アミロイドPET-CT	以下の方は検査をお受けできません。 ● ベッドまたはストレッチャーである ● オムツや採尿バックを使用しており、1人で交換や廃液ができない	● アルコール過敏症 ● 妊娠中 ● 閉所恐怖症 (MRIが撮れない等) ● 検査の間 (20分程度) 静止ができないもしくは鎮静が必要
--	--	---

保険適用条件確認 ※この条件以外での依頼はお引き受けできません	<input type="checkbox"/> 抗アミロイドベータ抗体薬 初回投与検討 または <input type="checkbox"/> 投与中止後に初回投与から18か月を超えての再開検討
	以下、①～③すべてに該当している。 ※④は初回投与から18か月を超えての再開の場合のみご記載ください。
	傷病名・紹介目的 ①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、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ベータ病理を示唆する所見を確認する目的である。 該当する方にチェックしてください <input type="checkbox"/> 軽度認知障害 (MCI) <input type="checkbox"/> 軽度の認知症
	症状経過及び検査結果 ②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)の両方を満たしていること。 現時点のスコアをご記入ください。 <input type="text"/> 点 レカネマブ投与予定 (22点以上) (a)認知機能評価 MMSEスコア <input type="text"/> 点 ドナネマブ投与予定 (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) <input type="checkbox"/> 0.5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 評価困難のため他の評価方法で確認済み ※CDR全般スコアが評価困難な場合は、他の評価方法により、認知症の重症度の範囲が同等であることの確認が必要です。 (既往歴及び家族歴、治療経過、現在の処方、備考 必要があればご記入ください。別紙可。) <input type="text"/>
	③抗アミロイドベータ抗体薬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。 ④抗アミロイドベータ抗体薬の投与中止後に初回投与から18ヶ月を超えて再開する際のご依頼にあたっては、本撮影が必要と判断した医学的根拠をご記入ください。(別紙可) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 【ドナネマブ製剤】投与終了の可否を検討	
<input type="checkbox"/> 【ドナネマブ製剤】18か月を超える投与継続の可否を検討	

お願い ●可能であれば直近のMRI画像をDICOMデータでご提供ください。

備考 ◎検査結果は、「陽性」か「陰性」の定性判定のみが行われます。

◎絶飲食は必要ありません。普段使用されているお薬は使用して頂いて結構です。