

心サルコイドーシス PET 検査を依頼する先生方へのご案内

^{18}F -FDG のみの検査になります。

保険適応に関する注意

下記の表に定める要件を満たす場合に保険適応となり、検査をお受けできます。

心疾患 心サルコイドーシス	<u>心サルコイドーシスの診断</u> （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。
------------------	---

診療報酬点数表より

検査対象患者について

FDG を投与した患者からは放射線が出ます。従事者の**被ばく低減・防止**のため PET-CT を受ける患者は原則 ADL が**自立している患者**(介助を**必要としない患者**)とさせていただきます。介護、オムツ交換・トイレ介助が必要、検査中静止が困難、安静ができない、急変リスクのある患者などは**対象外**とさせていただきます。

体内インプラントや測定器など(ICD 付ペースメーカー、持続型血糖測定器など)の CT 撮影不可のインプラント、測定器がある患者は撮影できません。ICD 付ペースメーカーは検査当日業者による立ち合い調整、持続型血糖測定器は外す、など CT が撮影できる状態の調整お願いいたします。

その他注意事項

1 日 3 回に分けて製薬会社から検査薬が発送されます。

当日の緊急検査には**対応できません**。

当日のキャンセルにも**対応できません**。当日キャンセルは使用できなかった薬剤の費用(約 5 万円)を負担していただく場合もあることのご説明をお願いします。**キャンセルは 2 診療日前(土曜・日曜・祝祭日を除く)の 14 時までに連絡**をしていただくよう説明お願いいたします。

薬剤は病院到着後、約 2 時間で効果が半減します。**予約日時、時間厳守**も重ねてお願いします。

空腹時血糖が高いと検査が不正確になります。**150mg/dl 以上**があると検査を**中止**することがあります。

該当する患者さんは血糖値コントロールお願いいたします。検査当日のインスリン注射も控えてください。

メトホルミン含有薬内服中の患者は FDG が腸管に集積し診断が困難になります。1 週間の休薬及び休止不可の場合、休薬中の代替薬検討お願いいたします。

検査前 18 時間は絶食です。**糖分を含まないお茶や水のみ**摂取可能です。食事をとると FDG が病変に集まりません。

検査前の絶食を守れない患者さんも**検査中止**になります。絶食の説明もお願いいたします。詳細は**別紙前処置表参照**ください。

FDG 投与後は放射線が患者から出ていますので **PET 検査のみで帰宅**となります。他の検査等はできません。

お願い

別紙の『心サル PET 検査の説明・同意書』『心サル PET 検査の問診票』を使用し**患者さんへ直接検査説明、同意を得たうえで**同意書への署名、及び検査依頼をお願いいたします。

同意書・問診票は**予約時にもれなくすべて記入**してください。記入漏れ等があると正確な検査ができません。

ご協力お願いいたします。**記入後当院へ FAX お願いいたします**。外来予約センター FAX:0995-55-0162

当院での検査結果説明はありません。

検査結果は最大検査翌々週月曜日(最大 14 日後)の発送になります。

検査の詳細はオーダ時発行される別紙の『PET-CT 検査の説明・同意書』『PET-CT 検査の問診票』を参照してください。