

PET/MRI 検査 説明文書

この文書は、患者： 様への PET/MRI 検査について、その目的、内容、危険性などを説明するものです。説明を受けられた後、不明な点がありましたら何でもおたずねください。

1 この検査の目的

2 この検査の内容

検査の手順

- ・検査前は食事を1食抜いていただきます。特に検査4時間前から検査終了まで、食事と糖分を含んだ飲料は控えてください。あめ、ガムなどもご遠慮下さい。
- ・検査当日はPET検査室で受付していただいた後、検査着に着替えていただきます。
- ・当日簡単な病歴などに関する質問事項がありますので、質問用紙に記入していただきます。
- ・身長体重をはかり、血糖値を測定いたします。その後静脈血管を確保させていただきます。
- ・静脈に確保したラインから検査薬（FDG）を注射し、安静室に移動、待機していただきます。安静室では水分の補給を行っていただきます。撮影後の画像に影響するので注射後から検査終了まで水以外の飲食や激しい運動、テレビの視聴、おしゃべりは控えていただきます。
- ・検査前にトイレで排尿していただきます。
- ・注射して約50分後から撮像を開始します。撮像時間は約60分から90分です。複数回撮像することがあります。

【注意事項】

- ・検査に使用する薬の放射能は急速に減少します。検査時刻に遅れるとお薬の効果が弱くなり、検査ができない場合もありますので、**時間厳守**をお願いします。
- ・検査前日から撮像終了まで激しい運動（ジョギングなど）は検査に影響があるのでお控えください。
- ・普段お使いのお薬の服用については通常通りに服用して下さい。ただし、糖尿病で血糖降下剤やインシュリン注射をおこなっている方、下剤を服用している方は主治医に相談いただき、原則的に当日は中止してください。
- ・この検査は非常に強力な磁場の中で検査を行いますので、体に金属物等が装着されていると検査ができないことがあります。検査の際に確認をさせていただきますので、ご協力ください。

3 この検査に伴う危険性（副作用）

a 被ばくについて

PET検査では放射性同位元素を使用しており、胃のバリウム検査と同等の約4mSv(ミリシーベルト)の被ばくがあります。

基本的に妊婦の方や妊娠の可能性のある方には検査は行いません。授乳中の方は薬が乳汁中に移行しますので、24時間程度は授乳を控えて下さい。検査後しばらくは患者さんの体からも微量の放射線が出ますので、終了後、約10時間は乳幼児や妊婦との密接な接触は避けて下さい。

b 副作用について

一般的な副作用は稀（副作用が出る可能性は0～1.2%程）であり、FDGの主な副作用は気分不良、発熱、嘔吐、血圧低下で、主な臨床検査の異常値は尿潜血陽性、血中K増加、尿糖陽性とされています。

また、ある種の金属物等が体に装着されている場合はMRI検査によって火傷を負う場合があります。さらに画像が金属物等により劣化する可能性があります。

c 偶発症発生時の対応

症状に応じ適切に対応いたします。依頼科の先生に治療をお願いする場合があります。重篤な副作用の場合は依頼科医師に加えて、救急専門医等とも連絡をとらせていただきます。注射液が静脈内に注入されず、皮下等にもれる場合があります。少量の漏れは問題ありませんが、当日の検査ができなくなる場合があります。

4 代替可能な検査

無 ・ 有（ ）

5 患者様の具体的な希望

無 ・ 有（ ）

6 検査の同意を撤回する場合

この検査の同意はいつでも撤回することが可能ですが、検査薬は特殊な薬品であり数時間で効力が消失してしまいますので、当日のキャンセルや遅刻は極力お避けください。

7 検査中に針刺し等発生時の感染症検査

万一、検査中に職員に針刺し等が発生した場合には、職員のその後の健康管理のため患者様の感染症の検査が必要となります。検査結果の目的外使用はいたしませんし、検査費用は一切かかりませんので、針刺し等が発生した際は、静脈から6cc採血させていただき、B型肝炎（HBV抗原）、C型肝炎（HCV抗体）、後天性免疫不全症候群（HIV抗体）の3項目の検査を行うことをあらかじめご了承ください。

8 検査関連機器が故障した場合

FDGを製造する機器やPET/MRI装置の故障等により検査ができない場合は、検査を中止します。

9 連絡先

本検査について質問がある場合や、検査を受けた後に緊急の事態が発生した場合には、下記まで連絡してください。

【連絡先】

かかりつけの医師 または

福島県立医科大学附属病院 PET検査室 電話：024-547-1383

検査承諾書

福島県立医科大学附属病院 病院長 殿

私は、FDG-PET/MRI 検査を受けるにあたり、下記の医師から、説明文書に記載されたすべての事項について説明を受け、以下のチェック項目の内容を十分に理解しました。また、私は、この検査を受けるかどうか検討するにあたり、そのための時間も十分に与えられました。以上のもとで、自由な意思に基づき、この検査を受けることを承諾します。

なお、この検査に対する説明文書とこの承諾文書を受け取りました。

- 病名・病態
- 検査の目的・必要性・有効性
- 検査の内容と注意事項
- 検査に伴う危険性（被ばく、副作用、偶発症発生時の対応）
- 代替可能な検査、およびそれに伴う合併症・偶発性とその発生率
- 検査を行わなかった場合に予想される経過
- 患者さんの具体的希望
- 検査の承諾撤回
- 検査中の針刺し等発生時の感染症検査
- 検査関連機器の故障等により検査ができない場合
- 質問、承諾を撤回する時の連絡先

(確認後に項目にチェックしてください。)

(説明)

説明年月日：平成 年 月 日

説明医：医療機関名 _____

科 氏名 _____

立会者：医療機関名 _____

科 氏名 _____

(承諾)

承諾年月日：平成 年 月 日

承諾者（本人）：氏名 _____

代諾者（未成年、患者さんに判断能力がない場合のみ、代諾者が患者氏名及び代諾氏名を自筆署名してください。)

患者氏名 _____

代諾者氏名 _____ (患者さんとの関係：)

住所 _____