**心サルコイドーシスのFDG-PET/CT検査の説明・同意書**

1. **心サルコイドーシスのFDG-PET／CT検査について**

FDG-PET/CT検査では放射性同位元素(18F )で標識されたFDG（フルオロデオキシグルコース）という薬剤を静脈注射し、全身に行き届いた後にPET/CT装置で撮影を行います。

FDGという薬はブドウ糖に似た構造のため、注射をすると糖代謝の盛んな場所（脳・心臓、腫瘍や炎症などの病巣）に集まる性質があります。その性質を利用して腫瘍や炎症、脳や心臓の病気の診断や機能の評価を行うことができます。

サルコイドーシスは、肉芽種（にくげしゅ）という小さなこぶのような病巣が出来る病気です。心臓にできると不整脈など、場所により重大な症状が出ることがあります。そのためサルコイドーシスの活動性病巣があるかどうか精度よく検査する必要があります。

心サルコイドーシスの病巣には多数の炎症細胞が含まれ糖代謝が盛んでFDGが集まります。しかし正常の心筋も糖をエネルギーとして消費しているのでFDGが集まり、病巣との区別ができません。

心サルコイドーシスの病巣を検査で見つけ出すには「検査24時間前からの食事制限」が大変重要です。

24時間の食事制限をすることで心臓の糖代謝を十分に抑え、心サルコイドーシスの病巣だけにFDGを集めて検出することができます。

1. **安全性について**

検査において使用する薬剤（FDG）による重篤な副作用の報告はなく、安全性の高い薬剤です。

まれに気分不快・発熱・嘔吐・血圧低下などを起こすことがあります。

1. **被ばくについて**

検査に使用する放射性薬剤により約5.5mSv（ミリシーベルト）の被ばくがあります。検査全体の被ばくはこれにCTの線量が3.7～15.5mSv加わりますが、この被ばく量が医学的に問題となる可能性は非常に低いものと考えます。

しかし検査を担当する医療スタッフは累積被ばく増加防止のため、少し距離をとっての対応となることをご了承ください。

1. **付き添いについて**

歩行・排泄・更衣に介助が必要な方と小児の患者さんには、付き添いを1名お願いしています。（医療従事者は毎日の検査による累積被ばく増加防止のため、原則介助につくことが出来ません）

付き添いの方にも少量の被ばくがありますが、国際放射線防護委員会（ICRP）が勧告する線量限度に対して非常に少ない量です。ただしお子様連れや妊娠中、妊娠の可能性のある方は被ばくの関係上付き添いは出来ませんのでご承知おきください。

1. **検査費用について**

保険診療負担が3割の場合は30,000円前後となります。

支払い方法につきましては現金またはクレジットカードがご利用いただけます。

(VISA・Master・NICOS・DC・JCB・AMEX・Diners Club)

ご不明な点がございましたらお問い合わせください。

1. **検査のキャンセル・変更について**

キャンセル・日程変更を希望される場合は、遅くても前日の15時（検査が月曜日の場合は前週の金曜日15時）までにご連絡ください。

この検査に使用する薬剤は高額で使用期限が極めて短いため、急な体調不良などやむを得ない場合を除き、当日のキャンセルや日程変更はできませんのでご注意ください。

1. **安全かつ正確に検査を行うために**

以下の項目に該当される方は、検査前に主治医にお知らせください。

1. 妊娠中の方

検査はできません。妊娠の可能性のある方は事前にご相談ください。

1. 授乳中の方

検査は可能ですが、検査終了後4時間程度は授乳を控えてください。

1. 閉所恐怖症の方

検査前に装置をご覧になることもできます。

極度の閉所恐怖症でどうしても我慢できない場合は検査中止となる場合があります。

1. 45分程度同じ姿勢を保つことが難しい方

撮影することが困難と判断した場合は、検査中止となる場合があります。

1. 糖尿病の方

検査前の飲食の制限を守られていない場合や検査時の血糖値が高すぎる場合などは、検査中止・延期となる場合があります。

1. **その他**
2. PETシステムは多くの精密機器を使用しております。

機械のトラブルで検査開始時間が遅れる場合や、状況により検査が行えない場合もありますのでご了承ください。

1. 当施設では、モニターを通して検査の進行状況を把握し皆様方をご案内しております。この際、画像を録画したりプライバシーを侵害したりすることはございませんのでご安心ください。
2. PET検査は歴史の浅い検査で、正常・異常を問わず、症例の収集研究を広く行っております。このため、この検査で得られた診療情報は情報管理に万全を期するとともに、個人を特定できる情報を完全に秘匿して、純粋に研究のために使用する場合がございますので、予めご了承ください。

心サルコイドーシスのFDG-PET／CT検査について十分にご理解いただいたうえで、検査を受けることに同意される場合は、同意書にご署名をお願いいたします。

何かご不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。

連絡先　千葉療護センター診療部　放射線科（PET・MRI部門）

直通電話　043－277－0081

FAX　043－279－4140

**【　心サルコイドーシスのFDG-PET/CT検査同意書　】**

千葉療護センター　センター長　殿

説明担当医　　　　　　　　　　　　　　　　印

私は、心サルコイドーシスのFDG-PET/CT検査の説明を理解し、以下のような結論を得ました。

* （心サルコイドーシスのFDG－PET/CT検査を受けられる方）

以上の内容につき担当医師から説明を受け、十分に理解しましたので、心サルコイドーシスのFDG-PET/CT検査の実施に同意します。副作用発生時には必要な治療を受けることに同意します。

また、個人を特定できる情報を秘匿されるという条件で、臨床研究への協力を承諾します。

* 私は、心サルコイドーシスのFDG －PET/CT検査に同意しません。

令和　　　　年　　　　月　　　　日

本人署名

本人住所

**＊本人が署名できない場合、保護者または代理人署名の記入をお願いします＊**

保護者または代理人署名　　　　　　　　　　　　　　　（続柄）

＊この同意はいつでも撤回することができます