

(患者様控)

P E T - C T検査に関する説明・同意書

患者氏名 _____ 様 (ID : _____)

説明医師 _____

説明日 _____

1. P E T - C T検査について

- ・陽電子を放出する放射性核種を標識したFDGという薬剤を静脈から注射して、P E T - C T装置で撮影を行う検査です。体内のブドウ糖代謝を画像化するため、**検査前に6時間程度の絶食が必要**になります。絶食が不十分な場合や、血糖値が高い場合は十分な結果が得られない場合がありますのでご注意願います。また、検査の性質上、前日と当日の**激しい運動は控えて**いただきますようお願いいたします。
- ・薬剤の放射線の強さは約2時間で半減し、1日経つとほぼ0になります。
- ・薬剤は当日に製薬会社から運搬するため、遅刻や急なキャンセルに対応できません。キャンセルや予約の変更は、**前日までに（月曜日に検査の方は金曜まで平日8:30~17:00のみ対応可能）**ご連絡お願いいたします。
- ・検査中は、おひとりでの行動になります。更衣やトイレなどに介助が必要な方は、家族の方などの付き添いをお願いします。職員は原則として介助につけません。

2. 副作用について

薬剤による重篤な副作用については報告されていません。

3. 被ばくについて

P E T - C T検査で受ける被ばく量は約7~10mSv(ミリシーベルト)程度です。このうち薬剤による被ばく量は約2.4mSvで、残りはC T検査による被ばく量になります。この被ばくが医学的に問題となる可能性は極めて低いと考えられています。

4. 検査の限界について

P E T - C T検査では、薬剤が集まりにくいがんは診断できないことがあります。検査により異常が疑われた場合でも、本当にがんがあるのかどうかを調べるためや、がんではないことを確認するための追加の検査が必要になることがあります。

5. 検査の中止について

道路状況や天候の変化などで薬剤が到着しなかった場合や、検査機器の故障などの際には検査の中止や延期をさせていただく場合がありますのでご了承ください。

広島市立北部医療センター安佐市民病院長 殿

上記の説明を受け理解いたしました。また、同意後セカンドオピニオンを求めること、いつでもその同意が撤回できることの確認をいたしました。そのうえで、下記のように判断いたします。

同意します

同意しません

年 月 日

患者氏名 _____

代理人氏名 _____

続柄 _____