

アミロイドPET検査をご依頼される先生方へ

■ アミロイドPET-CT検査の保険診療における必須事項は以下の通りとなります。

- レカネマブまたはドナネマブ製剤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こと。
- 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て、
レカネマブまたはドナネマブ製剤投与の可否となるアミロイド β 病理を確認する目的であること。
- レカネマブ製剤投与中止後に初回投与から18ヶ月を超えて再開する場合。
- ドナネマブ製剤投与開始後12ヶ月を目安に投与完了の可否となるアミロイド β プラークの除去
評価のため。
- 脳脊髄液(CSF)検査を行っていないこと。

■ レカネマブまたはドナネマブ製剤に係る最適使用推進ガイドラインに準拠されていない施設 よりの検査依頼について

当院への直接のご依頼はお受けすることができません。

当院と連携しているガイドラインに準拠しているご施設は以下の通りです。

まずは連携病院へご相談いただきますようお願い申し上げます。

医療法人社団恵生会 生成脳神経クリニック

<https://ikinari.or.jp>

医療法人社団新進会 おさか脳神経外科病院

<https://osaka-nhp.jp>

社会医療法人財団大樹会 総合病院回生病院

<https://www.kaisei.or.jp>

医療法人社団博仁会 キナシ大林病院

<https://www.obayashihp.or.jp>

医療法人社団聖心会 阪本病院

<https://www.sakamoto-hosp.or.jp>

独立行政法人国立病院機構 四国こどもおとな医療センター

<https://shikoku-mc.hosp.go.jp>

西高松脳外科・内科クリニック

<https://nishitakamats.jp>