

## PET 検査説明・承諾書

私は \_\_\_\_\_ 殿に対して、

本調査および PET 検査の目的と内容に関して説明をいたしました。

1) 検査の目的：

[<sup>18</sup>F]標識ピタバスタチン F1 誘導体 ([<sup>18</sup>F]PTV-F1) は放射性薬剤であり、スタチン系のコレステロール低下薬として広く臨床で用いられているピタバスタチンの類似物質で、有機アニオントランスポーターによって血液中から肝臓に取り込まれ、その後速やかに胆汁排泄されて、その後腸へと移行するという性質を持っています。 [<sup>18</sup>F]PTV-F1-PET 検査は、この [<sup>18</sup>F]PTV-F1 を静脈注射したあと専用の PET カメラで全身を撮影し、肝臓における有機アニオントランスポーターの機能の解析を目的とした検査です。

2) 検査内容：

専用の PET カメラ台に仰向けに寝てもらったあと、放射性薬剤 [<sup>18</sup>F]PTV-F1 を静脈注射し撮影を行います。なお、この検査で使用する薬剤は当センターで定める短寿命放射性薬剤臨床利用委員会及び倫理委員会で安全性に関する承認を得たものです。

3) 副作用等：

一般に行われている PET 検査とほぼ同様の方法で行います。使用する薬は検査のためのものであり、副作用はほとんどないと考えます。一回に使用する薬剤からの放射線は高いものではなく、我が国で広く使用されている FDG-PET 検査と同程度の被ばく線量であると計算されます。従ってからだに影響を及ぼすほどのものではありません。

4) 調査への参加、拒否、および撤回について：

調査に参加されるか否かは皆様の自由ですし、この調査に参加、同意いただいた後でも、参加を取りやめることが自由に出来ます。また、やめた場合でもその後の当センターでの診療に不利益を受けることは一切ありません。

5) その他特記事項：

検査結果等の個人情報厳重にお守りし、今回および今後の貴方様の診療に利用させていただきます。ただし、今後の医療の発展のために、他の患者さんの結果と比較するなどして、学術的および疫学的調査のために応用させていただく場合があります。その際でも個人が識別できる様なことは一切ありません。

年 月 日

所属

担当医師

印

---

私は上記の通り説明を受けました。 [<sup>18</sup>F]標識ピタバスタチン F1 誘導体 PET 検査の実施を承諾いたします。

滋賀県立成人病センター病院長 殿

(本人) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

[本人が記入不可の場合のみ]

私は代理人として、上記の通り説明を受けました。 [<sup>18</sup>F]標識ピタバスタチン F1 誘導体 PET 検査の実施を承諾いたします。

滋賀県立成人病センター病院長 殿

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_