

千葉市立青葉病院 レカネマブ投与希望 ご紹介時チェックシート

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 担当医: _____ 患者氏名: _____

【投与対象となる患者】

- 患者本人と家族(介護者)に、レカネマブによる治療意思を確認している。
- 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を強く疑う。
注意 : 無症候および中等度以降のアルツハイマー病には投与不可
- 点滴治療のため、当院に2週間に1回(約3時間/回)、家族の付き添いのもとで通院できる。
- MRI検査(3テスラ)が実施可能である。
注意 : 金属を含む医療機器(MR装置に対する適合性が確認された製品を除く)を体内に植込んだ患者、または留置した患者は不可
- 定期的に家族の付添いのもと、MRI撮像を受けることが可能(少なくとも治療前、投与6ヶ月以内に3回)
- 認知機能評価検査 MMSE のスコアが22点以上である。
- アミロイドPET または髄液検査の実施に同意している。
- 上記の条件を満たしても、他の条件や主治医の判断で適応外となることを承諾している。

【投与の可否を慎重に判断する項目】

- 1年以内に、一過性脳虚血発作、脳卒中、または痙攣の既往がある。
- 高血圧が持続している。
- 他の治療に参加中である。

※すべての項目をご確認ください。ご記入の上、診療予約依頼票に添えてFAXで送付ください。
地域連携室 FAX:043-227-6655(直通)