**千葉医療センター　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・家族(介護者)の、有効性・安全性に関する内容も踏まえ、本剤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、軽度認知障害および軽度の認知症を強く疑う。

注意　：　無症候で、アミロイドβ病理を示唆する所見のみが確認できた者、および中等度以降の

アルツハイマー病による認知症患者は投与不可。

* 千葉医療センターに、2週間に1回 （準備含め約3時間／回） 家族の付き添いのもとで通院可能。
* MRI 検査 (1.5 Tesla 以上) が実施可能である。

例　 ： 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) を植込み、

又は留置した患者等は不可。

* 定期的に家族付添いのもと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 と脳脊髄液 (CSF) 検査の両方の検査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があ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年以内の一過性脳虚血発作、脳卒中または痙攣の既往がある。
* 高血圧が持続している。
* 妊婦（妊娠の可能性）、または授乳婦である。
* 抗血小板薬 ・ 抗凝固薬 を内服している。
* 他の治験に参加中である。

以上、上記すべて項目を確認してください。 ご記入の上、紹介状に添えて下さい。

お問い合わせ ： ☎︎ ０４３－２５１－５３２０ (千葉医療センター　地域医療連携室）