

Brugada 症候群・特発性心室細動 登録用紙 (v7)

心電図チェックリスト(計6枚)

- 登録用心電図
- 運動負荷心電図x3枚(前、ピーク、後2分)
- 薬剤負荷時心電図x2枚(前、後)

患者管理番号

患者氏名 () (男・女)

生年月日 (西暦 年 月 日)

初診日 (西暦 年 月 日)

臨床診断名 有症候性Brugada症候群、 Brugada型心電図 特発性心室細動、

早期再分極症候群、原因不明の失神、

その他 ()

発端者との関係 本人、 家族 ()、 その他 ()

施設名 () 報告者氏名 () 記入日 ()

報告者連絡先(電話: - -) (FAX: - -)

(Email:)

家系登録番号 () (例: ○○大-A3など)

患者登録番号 () (例: II-4など)

安静時心電図 コピーの提出をお願いします

最も典型的と思われる心電図 (有、無)

臨床所見

失神 (有、無)

初回失神時年齢 (才)

回数 (1回、 2回、 3回以上)

主な失神出現時間 (2-7時、 8-13時、 14-19時、 20-01時、 不明)

心停止・心室細動 (有、無)

初回心停止、心室細動確認日時 (年 月 日)

急性期での心室性期外収縮 (有、無、不明)

有の場合 (発作前後のみ、非発作時のみ、常時) (多発、散発、稀)

合併症

心房細動 (□有、□無) 有りの場合 (□一過性、 □慢性)
QT延長症候群 (□有、□無) 洞機能不全症候群 (□有、□無; ありの場合タイプ I, II, III)
房室ブロック (□有、□無; ありの場合詳細)
完全右脚ブロック (□有、□無) 完全左脚ブロック (□有、□無)
その他 ()

家族歴

有症候性Brugada症候群 (□有、□無) Brugada型心電図 (□有、□無) 突然死 (□有、□無)
失神 (□有、□無) 心筋症 (□有、□無))

検査所見

運動負荷検査 (□施行、□未施行) 検査日 (年 月)
運動の種類 (□ Treadmill, □ Ergometer, □ Master法)
コピーの提出をお願いします (立位前、ピーク時、回復期1, 2分)

I群薬剤負荷検査 (□施行、□未施行) 検査日 (年 月)
薬剤名 () (□静注 □経口)
投与量 (mg) 患者体重 (kg)
ST上昇/増悪 (□有、□無)
PVCの出現/増悪 (□有、□無)
NSVTの出現/増悪 (□有、□無)
コピーの提出をお願いします (負荷前、最大変化時)

冠動脈造影 (□施行、□未施行) 検査日 (年 月)
有意狭窄(75%以上) (□有、 □無)
冠攣縮誘発 (□施行、□未施行) 薬剤 (□Ach, □Erg)
誘発の有無 (□有、□無) 有りの場合 (□ RCA, □ LAD, □ LCX)

電気生理学的誘発検査 (□施行、□未施行) 検査日 (年 月)
Table with columns: 未施行/施行, SingleP, DoubleP, TripleP, BurstP, Not Induced, NS. Poly. Morphic VT, VF

加算平均心電図 (施行、 未施行) 検査日 (年 月)
Late Potential (判定可、 判定不可及び その理由 _____)
判定 (陽性、 陰性、 境界)
ART社製機器で記録された症例は下記の指標の値をお書きください
fQRS (ms)、 LAS40 (ms)、 RMS40 (uV)

心エコー図所見 (施行、 未施行) 検査日 (年 月)
左室壁運動異常 (有、 無、 中隔拡張末期厚 (mm)、EF (%)
左室拡張末期径 / 収縮末期径 (mm / mm)、左房径 (mm)
右室形態学的異常 (有、 無、 未検)

TWA (施行、 未施行) 検査日 (年 月)

現在の治療

植込み型除細動器 (ICD) の植込み (有、 無)
植込み日 (年 月 日)
ICDの種類 (single chamber、 dual chamber)

併用薬剤 (有、 無)

ありの場合、併用薬剤にチェックしてください。

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> キニジン | <input type="checkbox"/> ジソピラミド |
| <input type="checkbox"/> メキシレチン | <input type="checkbox"/> 他の I 群抗不整脈剤 |
| <input type="checkbox"/> β 受容体遮断剤 | <input type="checkbox"/> ソタロール |
| <input type="checkbox"/> アミオダロン | <input type="checkbox"/> カルシウム拮抗剤 |
| <input type="checkbox"/> β 受容体刺激剤 | |

家族歴 家系