

リードペースメーカー 報告フォーマット

今回の植込みデバイス Micra (<input type="checkbox"/> VR <input type="checkbox"/> AV) Aveir (<input type="checkbox"/> AR <input type="checkbox"/> VR <input type="checkbox"/> AR+VR)
既存のリードペースメーカー： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ありの場合：Micra (<input type="checkbox"/> VR <input type="checkbox"/> AV) Aveir (<input type="checkbox"/> AR <input type="checkbox"/> VR <input type="checkbox"/> AR+VR)
合併症名 (チェックボックスに✓を 複数可) <input type="checkbox"/> 30 日以内の死亡 (<input type="checkbox"/> 手技と関連あり <input type="checkbox"/> 手技と関連なし <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> 心タンポナーデ (<input type="checkbox"/> 外科開胸あり <input type="checkbox"/> 外科開胸なし 転帰： <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 生存) <input type="checkbox"/> 本体脱落 (<input type="checkbox"/> 植込み中 <input type="checkbox"/> 植込み後) <input type="checkbox"/> その他 (自由記載：)
施設名： 貴施設の心臓血管外科医： <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 連携 心臓血管外科専門医資格： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
報告者氏名
報告者メールアドレス
報告事項 (以下自由記載) 【インシデント内容】 【症例】 年齢 ____歳 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <合併症発生リスクに関する情報> BMI <input type="checkbox"/> <25 <input type="checkbox"/> <20 <input type="checkbox"/> 年齢 85 歳以上 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 慢性肺疾患 (COPD など) <input type="checkbox"/> 心筋梗塞既往 <input type="checkbox"/> non-AF 適応 <ペースメーカー適応疾患> <input type="checkbox"/> 洞不全症候群 (<input type="checkbox"/> I 型 <input type="checkbox"/> II 型 <input type="checkbox"/> III 型) <input type="checkbox"/> 房室ブロック (<input type="checkbox"/> II 度 <input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> III 度 <input type="checkbox"/> 発作性) <input type="checkbox"/> 慢性 2 枝または 3 枝ブロック <input type="checkbox"/> 交代性脚ブロック <input type="checkbox"/> 慢性徐脈性心房細動

<リードレスペースメーカー選択の理由>

- 感染リスクが高い（具体的な理由： _____)
- 末期腎不全
- デバイス感染の既往
- 先天性心疾患などで経静脈リードの植込みが難しい解剖学的原因がある
- ステロイドや免疫抑制薬などの薬物治療中
- 放射線治療中
- 長期的血管内カテーテル留置中あるいはその既往
- その他（具体的に[必須]）： _____

【具体的な手技内容】

【対応】

【考察】

* 可能な限り画像を添付してください。