

## Brugada 症候群遺伝子解析用登録フォーム（京都・滋賀用）

提出用心電図チェックリスト（計 6 枚） 施行された心電図のコピーをお願い致します。

- 登録用心電図
- 運動負荷心電図（前、ピーク、後 1,2,4,6 分）
- 薬剤負荷心電図×2 枚（前、後）

施設名（ \_\_\_\_\_ ） 登録者名（ \_\_\_\_\_ ） 記入日（ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日）

患者イニシャル（ \_\_\_\_\_ ）  発端者  家族 家族の場合、発端者との関係（ \_\_\_\_\_ ）

生年月日（西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日） 性別（  男、 女 ）

コメント欄（ \_\_\_\_\_ ）

安静時心電図 コピーの提出をお願い致します。

もっとも典型的と思われる心電図（  有、 無 ） 記録年月日（ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日）

## 臨床所見

- 失神の有無（ 有、 無） 初回失神時年齢（ \_\_\_\_\_ 歳）
- 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）
- 失神出現時の状況（ 運動時、 安静時、 睡眠時、 その他（ \_\_\_\_\_ ））
- 心停止・心室細動の有無（ 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の有無（ 有、 無）
- 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） 有の場合（ 発作性、 持続性） QT 延長症候群（ 有、 無）
- 洞機能不全症候群（ 有、 無） 房室ブロック（ 有、 無）
- 完全右脚ブロック（ 有、 無） 完全左脚ブロック（ 有、 無）

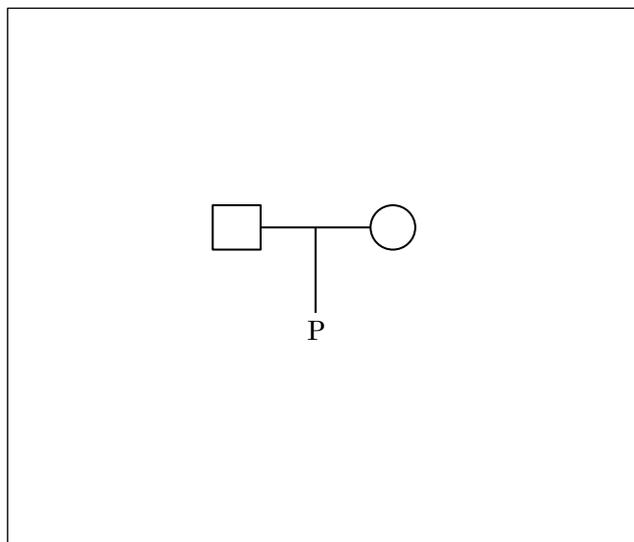
## 家族歴の有無

- Brugada 症候群（ 有、 無） 突然死（ 有、 無）
- 失神（ 有、 無） 心筋症（ 有、 無）
- Brugada 様心電図（ 有、 無）

家族歴有りの場合、右に家系図をお願い致します。

例) 男性  女性   症状なし  症状あり

P: 発端者



**検査所見**

**運動負荷検査** (□施行、□未施行) 実施日 ( 年 月 日)

運動の種類 (□Treadmill、□Ergometer、□Master 法)

コピーの提出をお願い致します (立位前、ピーク時、1,2,4,6分)

**I 群薬剤負荷検査** (□施行、□未施行) 実施日 ( 年 月 日)

薬剤名 ( ) (□静注、□経口) 投与量 ( mg)、患者体重 ( kg)

ST 上昇／増悪の有無 (□有、□無)

PVC の出現／増悪の有無 (□有、□無)

NSVT の出現／増悪の有無 (□有、□無)

コピーの提出をお願い致します (負荷前、最大変化時)

**冠動脈造影** (□施行、□未施行) 実施日 ( 年 月 日)

有意狭窄の有無 (□有、□無)

冠攣縮誘発 (□施行、□未施行) 薬剤 (□Ach、□Erg)

誘発の有無 (□無、□有りの場合、□RCA、□LAD、□LCx)

**電気生理学的誘発試験** (□施行、□未施行) 実施日 ( 年 月 日)

	未施行／	施行	Not induced	NS. Polymorphic VT	VF
右室心尖部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SingleP		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DoubleP		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TripleP		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BurstP		
右室流出路	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SingleP		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DoubleP		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TripleP		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BurstP		
左室	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SingleP		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DoubleP		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TripleP		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BurstP		

**加算平均心電図** (□施行、□未施行) 実施日 ( 年 月 日)

Late potential (□判定可、□判定不可及びその理由 ( ))

判定 (□陽性、□陰性、□境界)

FQRS ( ms)、LAS40 ( ms)、RMS40 ( uV)

心エコー図所見 (□施行、□未施行) 実施日 ( 年 月 日)

左室壁運動異常 (□有、□無) 有の場合、その詳細 ( )

IVS ( mm)、PW ( mm)

LVDd ( mm)、LVDs ( mm)、FS ( %)、EF ( %)

右室形態学的異常 (□有、□無) 有の場合、その詳細 ( )

TWA (□施行、□未施行) 実施日 ( 年 月 日)

判定 (□陽性、□陰性、□境界)

現在の治療 最終確認日 ( 年 月 日)

ICD 植込みの有無 (□有、□無)

植込み年月日 ( 年 月 日)

ICD の種類 (□single chamber、□dual chamber、□S-ICD)

ICD 植込み有の場合、適切作動の有無 (□有、□無)、これまでの作動回数 ( 回)

併用薬剤の有無 (□有、□無)

有りの場合のみ使用薬剤にチェックして下さい。

- |                                |                                 |                                  |                                     |
|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> キニジン  | <input type="checkbox"/> ジソピラミド | <input type="checkbox"/> メキシレチレン | <input type="checkbox"/> 他 I 群抗不整脈剤 |
| <input type="checkbox"/> β 遮断薬 | <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 刺激薬 |                                 |                                  |                                     |

コメント欄・