**（BIOTRONIK社）条件付きMRI対応ペースメーカ（全身撮像型）チェックリスト**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **条件付きMRI対応ペースメーカ** | **エトリンザ8 DR-T ProMRI / エトリンザ8 SR-T ProMRI/**  **エトリンザ6 DR ProMRI 　/ エトリンザ6 SR ProMRI** | **MRI対応リード** | **ソリアシリーズ**  **サフィオ** |

**MRI検査オーダー時**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本情報** | **確認カードの提示** | □あり　　　□なし | | MRI検査予定日 | 20　　　　年　　　　　月　　　　　日 | |
| **患者氏名** | （　男　・ 女　） | | MRI検査実施日 | 20　　　　年　　　　　月　　　　　日 | |
| **MRI検査の適応疾患** |  | **□**精査　　□経過観察 □スクリーニング □その他（　　　　） | | | |
| **撮像予定部位** | □頭部　　□眼窩　　□　頸部（　　　　　　）　□胸部（　　　　　 　）　□腹部（　　　　　　　）　□　腰部　（　　　　 　　）  □骨盤部　（膀胱　・前立腺・　子宮・　卵巣）　□　四肢　（膝・　股・　足・　足関節・　手・　手関節・腕）→ □右 　□左  □その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| **ペースメーカ適応疾患** | □ AVB（　　　度）　□SSS　　□その他（　　　　　　） | | MRI検査時の全身状態 | |  |

MRI検査依頼医師サイン：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日付:　　　２０　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **MRI検査直前の確認**  （デバイス管理者） | □ 患者様より確認カードとペースメーカ手帳の提示がある  **見　　本**  □ ペースメーカ植込み後、6週間を経過している  □ ペースメーカが胸部に植え込まれている  □ 遺残リードやアダプタ類など、MRI非対応品が体内にない  □ ペーシング閾値が2.0V（0.4ms）以下である　（バイポーラにて）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 確認カード  □ リードインピーダンスが200～1,500Ωの範囲内である（バイポーラにて） | | | |
| □ バッテリーステータスERI又はEOSではないこと  □ MRI modeを設定した →　(OFF ・ DOO ・ VOO ・ AOO)  □　MRI検査中のペーシングレート（　　　　 　ppm） | 計測値 | 心房 | 心室 |
| ペーシング閾値 | V/0.4ms | V/0.4ms |
| 心内波高値 | mV | mV |
| リードインピーダンス | Ω | Ω |

デバイス管理医師サイン:

|  |  |
| --- | --- |
| **MRI検査の際の確認**  （MRI検査関係者） | □ 1.5Tの円筒型ボア装置である  □ 最大傾斜磁場スルーレートが1軸あたり200T/m/s以下  □ SAR（比吸収率）は、全身2.0W/Kg以内, 頭部3.2W/Kg以内  □ 局所送受信コイルを胸部に使用しないこと  □　検査中は患者の心拍を連続的にモニタする（心電図モニター　・　パルスオキシメーター）  **□**電気的除細動器を準備しておく |

MRI検査実施者サイン：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **MRI検査後の確認**  （デバイス管理者） | □　MRI modeを解除した  □ 設定を元に戻し、ペースメーカ・心臓に異常の無いことを確認  □ MRI検査後のペースメーカチェック（20　　　年　　　月　　　日） | 計測値 | 心房 | 心室 |
| ペーシング閾値 | V/0.4ms | V/0.4ms |
| 心内波高値 | mV | ｍV |
| リードインピーダンス | Ω | Ω |

デバイス管理医師サイン: