**（BIOTRONIK社）条件付きMRI対応CRT-D（全身撮像型）　1.5T MRI検査チェックリスト**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **CRT-Dデバイス本体** | | | |
| **Intica 7 HF-T QP DF4 ProMRI** | **Intica 7 HF-T QP DF-1 ProMRI** | **Intica 7 HF-T DF4 ProMRI** | **Intica 7 HF-T DF-1 ProMRI** |
| **心房　　リード** | **Solia S（45、53、60） Siello S（45、53、60） Solia JT 53 Siello JT 53** | **Solia S（45、53、60） Siello S（45、53、60） Solia JT 53 Siello JT 53** | **Solia S（45、53、60） Siello S（45、53、60） Solia JT 53 Siello JT 53** | **Solia S（45、53、60） Siello S（45、53、60） Solia JT 53 Siello JT 53** |
| **右心室リード** | **Protego ProMRI S 65 　　 Protego ProMRI SD 65/18**  **Plexa ProMRI S 65 　 Plexa ProMRI SD 65/18 　 Protego SD 65/18** | **Linox Smart ProMRI S 65 Linox Smart ProMRI SD 65/18 　Plexa ProMRI DF-1 S 65 　Plexa ProMRI DF-1 SD 65/18 Linox Smart S（65、75） Linox Smart SD (65/18、75/18）** | **Protego ProMRI S 65 　 Protego ProMRI SD 65/18**  **Plexa ProMRI S 65 　 Plexa ProMRI SD 65/18 　 Protego SD 65/18** | **Linox Smart ProMRI S 65 Linox Smart ProMRI SD 65/18 　Plexa ProMRI DF-1 S 65 　Plexa ProMRI DF-1 SD 65/18 Linox Smart S（65、75） Linox Smart SD (65/18、75/18）** |
| **左心室リード** | **Sentus ProMRI OTW QP L-85**  **Sentus ProMRI OTW QP S-85/49 Sentus OTW QP L-85** | **Sentus ProMRI OTW QP L-85**  **Sentus ProMRI OTW QP S-85/49 Sentus OTW QP L-85** | **Sentus ProMRI OTW BP L-85**  **Corox ProMRI OTW 85-BP**  **Corox ProMRI OTW-S 85-BP**  **Corox ProMRI OTW-L 85-BP**  **Corox OTW 85-BP**  **Corox OTW-S 85-BP**  **Corox OTW-L 85-BP** | **Sentus ProMRI OTW BP L-85**  **Corox ProMRI OTW 85-BP**  **Corox ProMRI OTW-S 85-BP**  **Corox ProMRI OTW-L 85-BP**  **Corox OTW 85-BP**  **Corox OTW-S 85-BP**  **Corox OTW-L 85-BP** |

＊：心房ポートにBS IS-1ブラインドプラグを使用した場合、MRI対応

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| **CRT-D適応疾患** |  | MRI検査時の全身状態 | |  |

MRI検査依頼医師サイン：（　　　　　　　　　科）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MRI検査直前の確認**  （デバイス管理者） | □ 患者より確認カードとCRT-Dシステム手帳の提示がある  □ リード植込み後、6週間を経過している　 確認カード  **見　　本**  □ CRT-Dが胸部に植え込まれている（左右を問わない）  □ 遺残リードやアダプタ類など、MRI非対応品が体内にない （心房ポートにIS-1ピンプラグ（ブラインドプラグ）を使用した場合を除く）  □ ペーシング閾値が2.0V（0.4ms）以下である（左心室は除く）  □ リードインピーダンスが200～1,500Ωの範囲内である | | | | |
| □ バッテリステータスがERI又はEOSではない  □ MRI設定を行う  MRI　Program　□　ON　□　OFF　□　AUTO  モード  □　DOO　□　DOO-BiV □ VOO　□　VOO-BiV  □ OFF  レート　　　　　　　　　　ppm  Detection/Therapy　　□　OFF | 計測値 | 心房 | 右心室 | 左心室 |
| ペーシング閾値 | V/0.4ms | V/0.4ms | V/0.4ms |
| 心内波高値 | ｍV | ｍV | ｍV |
| リードインピーダンス | Ω | Ω | Ω |
| ショックインピーダンス | Ω | | |

CRT-Dシステム管理医師サイン:

|  |  |
| --- | --- |
| **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  □　MRI検査中は、原則としてMRI対応のパルスオキシメーターあるいは心電図モニターを用いた心拍の連続監視をする  **□**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設定を解除した  □　Detection/TherapyをONにした  □ 設定を元に戻し、CRT-D・心臓に異常の無いことを確認した  □　MRI検査後のCRT-Dチェック（20　　　年　　　月　　　日） | 計測値 | 心房 | 右心室 | 左心室 |
| ペーシング閾値 | V/0.4ms | V/0.4ms | V/0.4ms |
| 心内波高値 | ｍV | ｍV | ｍV |
| リードインピーダンス | Ω | Ω | Ω |
| ショックインピーダンス | Ω | | |

CRT-Dシステム管理医師サイン: