

# PTAV 依頼票

北海道大学病院循環器内科心カテグループ 宛て

①TAVR 専用 E-mail : [tavrshoukai@med.hokudai.ac.jp](mailto:tavrshoukai@med.hokudai.ac.jp)

または

②カテールグループ主任 榊原 守まで、ご連絡ください

E-mail : [mike-s@med.hokudai.ac.jp](mailto:mike-s@med.hokudai.ac.jp)

循環器内科医局 Tel: 011-706-6973、Fax: 011-706-7874

ご依頼元の病院名 : \_\_\_\_\_

ご依頼元の先生のお名前 : \_\_\_\_\_

(連絡先：先生のメールアドレス : \_\_\_\_\_ 電話 : \_\_\_\_\_ )

患者氏名 (または、イニシャル) : \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

年齢 : \_\_\_\_\_ 歳 性別 : 男性・女性 \_\_\_\_\_

<病 名 (合併症を含めて)>

・ \_\_\_\_\_  
・ \_\_\_\_\_  
・ \_\_\_\_\_

<既往歴>

・ \_\_\_\_\_  
・ \_\_\_\_\_  
・ \_\_\_\_\_

アレルギー 無 ・ 有 ( \_\_\_\_\_ )

<冠動脈リスクファクター>

・ 糖尿病 無・有 ((インスリン 有・無)・(腎症による透析 有・無))  
・ 高血圧 無・有 ・ 脂質異常症 無・有 ・ タバコ 無・有 ( \_\_\_\_\_ 本 × \_\_\_\_\_ 年数)

<簡単な現病歴>

・ \_\_\_\_\_

<現在の治療内容>

・ \_\_\_\_\_

<確認事項>

20 年 月 日 現在

・年齢： 歳 性別： 男性 ・ 女性 身長： cm 体重： kg

<現在のバイタルサイン>

血圧： / mmHg、HR： bpm、 体温： °C

意識状態：□安定(清明)・ □不安定 (理由： )

ADL：①会 話： □可 能 ・ □不可能 (理由： )

②自立歩行： □可 能(杖歩行含む)・ □不可能 (全介助・部分介助・その他( )

③食 事： □自立摂取可能 ・□部分介助 ・□全介助 ・□その他 ( )

④栄養状態・その他：( )

・感染症の有無 □無 ・ □有 (詳細： 治療内容： )

<大動脈弁狭窄症>

症状の有無：□ 狭心痛 □心不全 □失 神 □(その他： )

<心エコー所見>

心機能： □良好 ・ □低下 (EF 45%以下) : (EF： % )

大動脈弁： □3 尖 ・ □2 尖

AVA：トレース ( cm<sup>2</sup>)、ドップラー法 ( cm<sup>2</sup>)

Mean PG： mmHg、 Max PG： mmHg

Moderate(Ⅱ° 以上)のARの有無 □無 ・ □有 (ARの程度： )

その他の弁膜疾患：MS □無 ・ □有 (詳細： )

MR □無 ・ □有 (詳細： )

その他 □無 ・ □有 (詳細： )

\*心不全のある場合

レントゲンでの胸水貯留 □無 ・ □有 (詳細： )

レントゲンでの肺うっ血 □無 ・ □有 (詳細： )

PHの有無： □無 ・ □有 (心エコーによるPA圧： mmHg)

右心カテ測定：□未件・□施行 (PAWP： mmHg、PA： mmHg CI/C.O = / )

<合併症>

・虚血性心疾患の合併 □無 ・ □有 ⇒ CAG：□未検・□無・□有 ( 虚血の証明等 ( )

・ASOの有無 □無 ・ □有 ( )

・その他の動脈硬化性疾患 □無 ・ □有 ( )

・肝機能障害 □無 ・ □有 ( )

・腎不全の有無 □無 ・ □有

透析の必要性 □無 ・ □有 (週 回 (曜日： )、Dry weight： kg)

Cre： mg/dl 、eGFR： ml/min./1.73m<sup>2</sup>

・悪性腫瘍 □無 ・ □有 ( )

・血小板数・機能異常 □無 ・ □有 ( )

・その他の合併症 □無 ・ □有 ( )

<病院連携・同意などの問題>

・緊急性 (2週間以内の緊急対処が必要か?)： □無 ・ □有 (有の場合：簡単な理由： )

・人工呼吸器の装着 □無 ・ □有 ・ 機械的サポート □無 ・ □有 (IABP・PAPS)

・転院可能か？ □可 能 ・ □不 可 能 (理由： )

\*転院加療が可能な場合、1-2ヶ月の入院が可能で家族のサポートが得られるか？ □不可能・ □可 能

・PTAVの目的・合併症・再発率・危険性を十分に理解していただいているか？

本人： □Yes ・ □No (理由： )

家族： □Yes ・ □No (理由： )

## PTAV 前に必要な特殊検査

- 現時点で、施行されている検査に check (■) をしていただくと幸いです  
施行されていなくても、問題ございません

### 経食道エコー

- 弁の形態・構造の評価ができています (3 尖弁、弁口面積の確認を含めて)
- 弁の動きの評価ができています
- 外科的弁輪径の評価ができています
- その他の弁膜疾患が評価されている
- sigomid septum や HOCM による流出路狭窄の合併はないか?
- その他、構造的異常はないか?

### 全身 CT (造影 CT)

- 大動脈に 豊富なプラークはないか?
- 心房中隔は肥厚していないか?
- 心臓の形態異常はないか?

### 大動脈弁の CT (造影 CT : \*全身 CT または、MDCT の時に一緒に取る)

- 大動脈に付着する石灰化の分布の評価、3 尖弁の確認

### 冠動脈 CT (\*CAG で代用可)

- 有意狭窄の有無、虚血性心疾患の評価

### CAG

- 有意狭窄の有無、虚血性心疾患の評価

### 右心カテーテル

- PWAP、PAP、RVP、RAP、C.I/C.O の評価

### カテによる LV-AO PG、AVA の評価 (\*必須ではない。心エコーで代用可)

