

変化記載フォーム (FORM II C)

動脈瘤破裂や症状が変化した場合、記載してください。

症状の変化/破裂した年月日：

変化の種類

- 動脈瘤破裂 (既存の瘤：瘤番号○1○2○3○4○5、
 新しく発見された動脈瘤、 不明)
- 脳内出血 (動脈瘤との関係： 有り、 無し、 不明)
- 脳梗塞 (動脈瘤との関係： 有り (塞栓など)、 無し、 不明)
- 脳神経麻痺
- 動脈瘤以外の原因による死亡

破裂の場合

破裂時のストレス状況

肉体的： 重労働 睡眠中 その他

精神的： 重負荷 睡眠中 その他

救急来院時の意識レベル

GCS score：

WFNS grade [付表2]：

くも膜下出血診断の根拠

CT scan 髄液検査 剖検 無し、その他

くも膜下出血の程度 (CTがある場合)

Fischer 分類 [付表3] I II III

IV

調査終了か継続か： 終了 継続

終了の場合理由： 動脈瘤破裂 患者死亡

○3ヶ月フォームに戻る

治療フォーム (FORM II T)

治療された動脈瘤の数：

治療がなされた瘤番号 1 2 3 4 5

治療方法

- 開頭手術
- 血管内動脈瘤治療
- 両方

治療の理由 (主な理由をひとつだけチェック する)

- 患者または家族からの希望 年齢
- くも膜下出血に合併していたため
- 破裂の危険性 (瘤の大きさ 瘤の形状 瘤の部位)
- 瘤の変化 (拡大など)
- 症候の出現 (脳神経麻痺など)
- 破裂
- その他

治療年月日： / /

治療後脳動脈瘤画像評価：

- 有り、 無し

上記有りの場合：

画像の種類： 脳血管撮影 MRA, 3D CTA

治療されたうち最大の瘤の治療： 完全 不完全

(不完全；クリッピングの場合ネックを余したもの。血管内治療の場合閉塞率が90%以下のもの)

動脈瘤の数だけ繰り返す (5回)

治療1ヶ月時転帰・神経学的所見：

1) 神経脱落症状 (複数チェック☑可能)

<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 運動麻痺	<input type="checkbox"/> 感覚障害	
<input type="checkbox"/> 言語障害	<input type="checkbox"/> 脳神経麻痺	<input type="checkbox"/> 失調症	<input type="checkbox"/> その他

2) Rankin scale: (付表1)

3) 神経脱落症状と治療の因果関係

有り、 無し、 不明

有りの場合、最も可能性の高い原因

<input type="checkbox"/> 穿通枝障害	<input type="checkbox"/> 親動脈閉塞	<input type="checkbox"/> 静脈損傷
<input type="checkbox"/> 脳圧排、一時動脈遮断	<input type="checkbox"/> その他の手術侵襲	
<input type="checkbox"/> 術中の全身状態の変化	<input type="checkbox"/> 術後合併症	

4) 周術期のその他の合併症の有無 有り、 無し

有りの場合

<input type="checkbox"/> 水頭症	<input type="checkbox"/> 頭蓋内出血	<input type="checkbox"/> 痙攣	<input type="checkbox"/> 創部感染
<input type="checkbox"/> 髄膜炎	<input type="checkbox"/> 嗅覚障害	<input type="checkbox"/> 視力障害	
<input type="checkbox"/> 顔面神経前頭枝の麻痺	<input type="checkbox"/> 肺炎	<input type="checkbox"/> 下肢静脈血栓症	
<input type="checkbox"/> 消化管出血	<input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> その他	

○3ヶ月フォームに戻る

画像所見 (FORM II D)

画像年月日：

画像の種類： MRA CTA Angio CT MRI

所見：

- 脳梗塞、 水頭症、 脳萎縮、 新しい動脈瘤出現
 脳出血、 特になし

動脈瘤に関する所見： 変化有り、 変化無し

変化のあった瘤 1 2 3 4 5

動脈瘤のサイズ

同じ 拡大 (mm、 %) 縮小 (mm、 %)

動脈瘤の形状

不変 変化あり

(繰り返し)

3ヶ月フォームに戻る

12ヶ月経過観察フォーム (FORM III)

診断12ヶ月後に入力してください。

観察 (診察) 年月日:

前回記載時よりの変化: 有り、 無し (有りの場合 FORM III C)

3ヶ月～12ヶ月の間の治療の有無:

有り、 無し (有りの場合 FORM III T)

画像所見: 有り、 無し (有りの場合 FORM III D)

神経学的所見・転帰

1) 神経脱落症状 (複数チェック 可能)

<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 運動麻痺	<input type="checkbox"/> 感覚障害	
<input type="checkbox"/> 言語障害	<input type="checkbox"/> 脳神経麻痺	<input type="checkbox"/> 失調症	<input type="checkbox"/> その他

2) 意識障害 有り、 無し

有りの場合 GCS:

3) Rankin scale: (付表1)

変化記載フォーム (FORM III C)

動脈瘤破裂や症状が変化した場合、記載してください。

症状の変化/破裂した年月日：

変化の種類

- 動脈瘤破裂 (既存の瘤：瘤番号○1○2○3○4○5、
 新しく発見された動脈瘤、 不明)
- 脳内出血 (動脈瘤との関係： 有り、 無し、 不明)
- 脳梗塞 (動脈瘤との関係： 有り (塞栓など)、 無し、 不明)
- 脳神経麻痺
- 動脈瘤以外の原因による死亡

破裂の場合

破裂時のストレス状況

肉体的： 重労働 睡眠中 その他

精神的： 重負荷 睡眠中 その他

救急来院時の意識レベル

GCS score：

WFNS grade [付表2]：

くも膜下出血診断の根拠

CT scan 髄液検査 剖検 無し、その他

くも膜下出血の程度 (CTがある場合)

Fischer 分類 [付表3] I II III

IV

調査終了か継続か： 終了 継続

終了の場合理由： 動脈瘤破裂 患者死亡

○12ヶ月フォームに戻る

治療フォーム (FORM III T)

治療された動脈瘤の数：

治療がなされた瘤番号 1 2 3 4 5

治療方法

- 開頭手術
- 血管内動脈瘤治療
- 両方

治療の理由 (主な理由をひとつだけチェック する)

- 患者または家族からの希望 年齢
- くも膜下出血に合併していたため
破裂の危険性 (瘤の大きさ 瘤の形状 瘤の部位)
- 瘤の変化 (拡大など)
- 症候の出現 (脳神経麻痺など)
- 破裂
- 多発性動脈瘤の2つ目以降の治療
- 前回不完全治療
- その他

治療年月日： /

治療後脳動脈瘤画像評価：

- 有り、 無し

上記有りの場合：

画像の種類： 脳血管撮影 MRA, 3D CTA

治療されたうち最大の瘤の治療： 完全 不完全

(不完全；クリッピングの場合ネックを余したもの。血管内治療の場合閉塞率が90%以下のもの)

動脈瘤の数だけ繰り返す (5回)

治療1ヶ月時転帰・神経学的所見：

1) 神経脱落症状 (複数チェック☑可能)

<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 運動麻痺	<input type="checkbox"/> 感覚障害	
<input type="checkbox"/> 言語障害	<input type="checkbox"/> 脳神経麻痺	<input type="checkbox"/> 失調症	<input type="checkbox"/> その他

2) Rankin scale: (付表1)

3) 神経脱落症状と治療の因果関係

<input type="checkbox"/> 有り、	<input type="checkbox"/> 無し、	<input type="checkbox"/> 不明
------------------------------	------------------------------	-----------------------------

有りの場合、最も可能性の高い原因

<input type="checkbox"/> 穿通枝障害	<input type="checkbox"/> 親動脈閉塞	<input type="checkbox"/> 静脈損傷
<input type="checkbox"/> 脳圧排、一時動脈遮断	<input type="checkbox"/> その他の手術侵襲	
<input type="checkbox"/> 術中の全身状態の変化	<input type="checkbox"/> 術後合併症	

4) 周術期のその他の合併症の有無 有り、 無し

有りの場合

<input type="checkbox"/> 水頭症	<input type="checkbox"/> 頭蓋内出血	<input type="checkbox"/> 痙攣	<input type="checkbox"/> 創部感染
<input type="checkbox"/> 髄膜炎	<input type="checkbox"/> 嗅覚障害	<input type="checkbox"/> 視力障害	
<input type="checkbox"/> 顔面神経前頭枝の麻痺	<input type="checkbox"/> 肺炎	<input type="checkbox"/> 下肢静脈血栓症	
<input type="checkbox"/> 消化管出血	<input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> その他	

○12ヶ月フォームに戻る

画像所見 (FORM III D)

画像年月日：

画像の種類： MRA CTA Angio CT MRI

所見：

- 脳梗塞、 水頭症、 脳萎縮、 新しい動脈瘤出現
 脳出血、 特になし

動脈瘤に関する所見： 変化有り、 変化無し

変化のあった瘤 1 2 3 4 5

動脈瘤のサイズ

同じ 拡大 (mm、 %) 縮小 (mm、 %)

動脈瘤の形状

不変 変化あり

(繰り返し)

12ヶ月フォームに戻る

36ヶ月経過観察フォーム (FORM IV)

診断36ヶ月後に入力してください。

観察(診察)年月日:

前回記載時よりの変化: 有り、 無し (有りの場合 FORM IV C)

12ヶ月〜36ヶ月の間の治療の有無:

有り、 無し (有りの場合 FORM IV T)

画像所見: 有り、 無し (有りの場合 FORM IV D)

神経学的所見・転帰

1) 神経脱落症状 (複数チェック 可能)

<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 運動麻痺	<input type="checkbox"/> 感覚障害	
<input type="checkbox"/> 言語障害	<input type="checkbox"/> 脳神経麻痺	<input type="checkbox"/> 失調症	<input type="checkbox"/> その他

2) 意識障害 有り、 無し

有りの場合 GCS:

3) Rankin scale: (付表1)

変化記載フォーム (FORM IV C)

動脈瘤破裂や症状が変化した場合、記載してください。

症状の変化/破裂した年月日：

変化の種類

- 動脈瘤破裂 (既存の瘤：瘤番号○1○2○3○4○5、
 新しく発見された動脈瘤、 不明)
- 脳内出血 (動脈瘤との関係： 有り、 無し、 不明)
- 脳梗塞 (動脈瘤との関係： 有り (塞栓など)、 無し、 不明)
- 脳神経麻痺
- 動脈瘤以外の原因による死亡

破裂の場合

破裂時のストレス状況

肉体的： 重労働 睡眠中 その他

精神的： 重負荷 睡眠中 その他

救急来院時の意識レベル

GCS score：

WFNS grade [付表2]：

くも膜下出血診断の根拠

CT scan 髄液検査 剖検 無し、その他

くも膜下出血の程度 (CTがある場合)

Fischer 分類 [付表3] I II III

IV

調査終了か継続か： 終了 継続

終了の場合理由： 動脈瘤破裂 患者死亡

○36ヶ月フォームに戻る

治療フォーム (FORM IV T)

治療された動脈瘤の数：

治療がなされた瘤番号 1 2 3 4 5

治療方法

- 開頭手術
- 血管内動脈瘤治療
- 両方

治療の理由 (主な理由をひとつだけチェック する)

- 患者または家族からの希望 年齢
- くも膜下出血に合併していたため
破裂の危険性 (瘤の大きさ 瘤の形状 瘤の部位)
- 瘤の変化 (拡大など)
- 症候の出現 (脳神経麻痺など)
- 破裂
- 多発性動脈瘤の2つ目以降の治療
- 前回不完全治療
- その他

治療年月日： /

治療後脳動脈瘤画像評価：

- 有り、 無し

上記有りの場合：

画像の種類： 脳血管撮影 MRA, 3D CTA

治療されたうち最大の瘤の治療： 完全 不完全

(不完全；クリッピングの場合ネックを余したもの。血管内治療の場合閉塞率が90%以下のもの)

動脈瘤の数だけ繰り返す (5回)

治療1ヶ月時転帰・神経学的所見：

1) 神経脱落症状 (複数チェック☑可能)

<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 運動麻痺	<input type="checkbox"/> 感覚障害	
<input type="checkbox"/> 言語障害	<input type="checkbox"/> 脳神経麻痺	<input type="checkbox"/> 失調症	<input type="checkbox"/> その他

2) Rankin scale: (付表1)

3) 神経脱落症状と治療の因果関係

<input type="checkbox"/> 有り、	<input type="checkbox"/> 無し、	<input type="checkbox"/> 不明
------------------------------	------------------------------	-----------------------------

有りの場合、最も可能性の高い原因

<input type="checkbox"/> 穿通枝障害	<input type="checkbox"/> 親動脈閉塞	<input type="checkbox"/> 静脈損傷
<input type="checkbox"/> 脳圧排、一時動脈遮断	<input type="checkbox"/> その他の手術侵襲	
<input type="checkbox"/> 術中の全身状態の変化	<input type="checkbox"/> 術後合併症	

4) 周術期のその他の合併症の有無 有り、 無し

有りの場合

<input type="checkbox"/> 水頭症	<input type="checkbox"/> 頭蓋内出血	<input type="checkbox"/> 痙攣	<input type="checkbox"/> 創部感染
<input type="checkbox"/> 髄膜炎	<input type="checkbox"/> 嗅覚障害	<input type="checkbox"/> 視力障害	
<input type="checkbox"/> 顔面神経前頭枝の麻痺	<input type="checkbox"/> 肺炎	<input type="checkbox"/> 下肢静脈血栓症	
<input type="checkbox"/> 消化管出血	<input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> その他	

○36ヶ月フォームに戻る

画像所見 (FORM IV D)

画像年月日:

画像の種類: MRA CTA Angio CT MRI

所見:

- 脳梗塞、 水頭症、 脳萎縮、 新しい動脈瘤出現
 脳出血、 特になし

動脈瘤に関する所見: 変化有り、 変化無し

変化のあった瘤 1 2 3 4 5

動脈瘤のサイズ

同じ 拡大 (mm、 %) 縮小 (mm、 %)

動脈瘤の形状

不変 変化あり

(繰り返し)

○36ヶ月フォームに戻る

緊急入力フォーム (FORM E)

動脈瘤破裂や、患者死亡などの場合、記載してください。

変化年月日：

変化の種類

- 動脈瘤破裂 (既存の瘤：瘤番号○1○2○3○4○5、
 新しく発見された動脈瘤、 不明)
- 動脈瘤以外の原因による死亡

破裂の場合

破裂時のストレス状況

肉体的： 重労働 睡眠中 その他

精神的： 重負荷 睡眠中 その他

救急来院時の意識レベル

GCS score：

WFNS grade [付表2]：

くも膜下出血診断の根拠

CT scan 髄液検査 剖検 無し、その他

くも膜下出血の程度 (CTがある場合)

Fischer 分類 [付表3] I II III
 IV

調査終了の理由： 動脈瘤破裂 患者死亡

附表

附表 1 : Rankin scale

Grade	Description
0	No symptoms
1	Minor symptoms that do not interfere with life style
2	Minor handicap; symptoms that lead to some restriction in lifestyle but do not interfere with the patient's capacity to look after himself
3	Moderate handicap; symptoms that significantly restrict lifestyle and prevent totally independent existence
4	Moderately severe handicap; symptoms that clearly prevent independent existence though not needing constant attention
5	Severe handicap; totally dependent patient requiring constant attention night and day

附表 2 : Glasgow Coma Scale

Points	Best Eye Response	Best Verbal response	Best Motor Response
6	-	-	Obeys commands
5	-	Oriented	Localizes pain
4	Spontaneous open	Confused	Withdraw to pain
3	Open to speech	Inappropriate	Abnormal flexion (Decorticate)
2	Open to pain	Incomprehensive	Abnormal extension (Decerebrate)
1	None	None	None

附表 3 : WFNS SAH grade (World Federation of Neurological Societies) grading scale

Grade	Glasgow Coma Scale	Neurologic Deficit
I	15	(-)
II	14~13	(-)
III	14~13	(+)
IV	12~7	With or without focal neurologic deficit
V	6~3	With or without abnormal posturing

病院登録

まず本調査に参加する施設はインターネットホームページから病院登録フォームに入り必要事項を入力する。(FORM H)

その際、調査担当者、補助者に病院毎のコードおよびパスワードが付与される。

未破裂脳動脈瘤を診たら「UCAS Japan 患者登録の手引き」

- 1) 説明 : 病態、リスク、本調査の概要 調査参加のインフォームドコンセント
- 2) プライバシーフォーム 入力・印刷 : (台帳に保管)
- 3) 台帳 : 新規患者を記録、追跡プランをファイル。患者外来カルテにもプランシールを張る。
- 4) ホームページよりオンライン入力、各病院に配布されたコード、パスワードにてそのページに至る。
- 5) イニシャルフォーム、患者および動脈瘤情報 (FORM I)
- 6) 定期的に事務局より e-mail にて次回経過観察の時期に通知される。
- 7) 3ヶ月の時点での観察。診断よりの期間での変化、治療、および画像があれば入力する。

FORM II+(FORM IIC, FORM IIT, FORM IID)

- 8) 12ヶ月および36ヶ月の時点での観察。前回記載時よりの変化、治療、画像があれば入力する。

12ヶ月 : FORM III+(FORM III C, FORM III T, FORM III D)

36ヶ月 : FORM IV+(FORM IV C, FORM IV T, FORM IV D)

- 9) 患者死亡または瘤の破裂によって調査終了の場合には通常の入力でも可能だが、緊急フォーム (FORM E) に入力し調査を終了することが可能。
- 10) すべて FAX による入力も可能。

UCAS Japan事務局：

(本調査へのコメント／質問は事務局までご連絡ください。)

東京大学医学部脳神経外科内

東京都文京区本郷7-3-11 〒113-8655

TEL:03-5800-8853 FAX：03-5800-8655

E-mail:ucasj-head@umin.ac.jp

URL:https://endai.umin.ac.jp/islet/ucasj/

一般用 URL:http://ucas-j.umin.ac.jp/

別紙 2