

XVIII. 本調査のタイムテーブル

- 1) 運営委員会 1999年8月27日：第1回準備会議；神奈川県民ホール
- 2) 1999年10月26日：日本脳神経外科学会運営委員会、承認
- 3) 1999年12月第1週：運営委員にアンケート送付の確認書／意見依頼書送付
- 4) 1999年12月第2週：全国A項、C項施設アンケート送付、締めきり2000年2月末
- 5) 2000年2月21日：悉皆調査内容検討会／インターネットレジストリー構成案検討：桐野高明 端和夫 福原俊一 大橋靖雄 木内貴弘 森田明夫 八巻稔明
- 6) 2000年3月：悉皆調査運営委員会インターネットレジストリー案の検討／変更（桐野、福原、大橋、森田）
- 7) 2000年4月：アンケート集計：エクセル入力（東大事務局）
- 8) 2000年4月27日：第25回日本脳卒中学会中（京王プラザ）報告（端教授）
- 9) 2000年5月20日：第20回日本脳神経外科コンgres アンケート結果報告（桐野）運営委員会中に脳神経外科学会運営委員に報告第1回班会議（班員および研究協力者）
- 10) 2000年7月 UCAS Japan 紹介 Home Page 開設、UCAS Japan 説明書配布
- 11) 2000年9月2日 Mt Fuji Workshop 中に運営委員会議
- 12) 2000年10月インターネットレジストリーの作成（木内）
- 13) 9? 10月中にこれまでの未破裂脳動脈瘤症例のデータを紙面フォームにてテスト入力していただく。東京大学、札幌医科大学、その他分担研究者、研究協力者各施設30前後入力していただきフォームを事務局に返送していただく。これをもとに入力データの検討を行う。
- 14) 2000年10月25日：日本脳神経外科学会総会（福岡シークホーク）第1回世話人会議（広くインターネットレジストリーの説明、倫理委員会規定の説明）
- 15) 2001年1月より全国悉皆調査インターネットレジストリー開始

病院登録フォーム (FORM H)

病院毎登録

調査に参加する際、オンライン登録または事務局へ FAX してください。

登録年月日: /

(例; 2001 / 01 / 15)

病院名:

病院番号: A- C- N-

UCAS J 担当者:

E-mail address:

担当補助者: (あれば)

補助者 E-mail: (あれば)

病院MRA機種: : tesla

CTA機種: (MRA, CTA が複数あれば最高機種を記載)

貴院手術件数	破裂例を含む脳動脈瘤治療総数	貴院の脳神経外科手術件数	破裂例を含む脳動脈瘤の血管内治療総数	貴院の脳血管内治療総数
1999年				
2000年				

病院の未破裂脳動脈瘤治療基本方針(群、時期ひとつづつにチェック☑)

<p><u>経過観察する群</u></p> <p><input type="checkbox"/> すべて</p> <p><input type="checkbox"/> 径1センチ未満(直径5, 6, 7, 8, 9ミリ)のもの。</p> <p><input type="checkbox"/> 径5ミリ未満(直径3ミリ, 4ミリ)のもの。</p> <p><input type="checkbox"/> 径3ミリ未満のもの。</p> <p><input type="checkbox"/> 該当するものがない。または経過観察しない。</p>
<p><u>治療を行う時期</u></p> <p><input type="checkbox"/> 1ヶ月以内</p> <p><input type="checkbox"/> 1～3ヶ月の間</p> <p><input type="checkbox"/> 3ヶ月以降</p> <p><input type="checkbox"/> 該当するものがない。または治療を行わない。</p>

院内倫理委員会の承諾の有無: 有り、 無し

UCAS Japan 仮登録フォーム(Form A)

この登録は仮登録です。確定診断をつけるまでの間、患者さんからのインフォームドコンセントや FORM I を満たす情報を得るまでの間、仮の登録を行うためのものです。FORM I が入力できる患者さんの登録の必要はありません。またこのフォームに入力された情報は、入力時の確認のためだけに用いられ、その情報は FORM I が入力されるまでデータとして扱われません。

病院番号: A- C- N-

病院内患者登録番号:

性別: 男 女

患者イニシャル(名前・姓の順):

貴科受診年月日*:

* : 今回動脈瘤が発見されるいきさつとなった件での、貴科診察の最初の日時を記入してください。

(以上4項目すべて記入をお願いします。患者の承諾が得られた後、または情報が確定した後、できるだけ早く本登録をお願いいたします。)

プライベートフォーム (FORM P)

すべての新規症例について記載・印刷後、貴院台帳に保管してください。

この情報のオンライン登録は必要ありません。

発見年月日(診断日): /

病院内患者登録番号: _____

患者名: _____

生年月日: /

年齢:

住所: _____

電話番号: _____

近親者名: _____

連絡先: _____

性別: 男性 女性

動脈瘤の部位(複数チェック可): 右 左 正中

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> IC-P Com | <input type="checkbox"/> IC-A Choroidal | <input type="checkbox"/> IC Bifurcation |
| <input type="checkbox"/> IC-Paraclinoid | <input type="checkbox"/> So-called IC dorsal | |
| <input type="checkbox"/> IC cavernous (extradural) | | |
| <input type="checkbox"/> MCA | <input type="checkbox"/> A Com | <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> その他テント上 |
| <input type="checkbox"/> VA-PICA | <input type="checkbox"/> VA union(VB junction) | <input type="checkbox"/> VA dissection |
| <input type="checkbox"/> BA-Top | <input type="checkbox"/> BA-SCA | <input type="checkbox"/> その他テント下 |

イニシャルフォーム(FORM I)

本登録 仮登録 旧症例登録

承諾書取得後患者毎に入力(貴科受診後、できるかぎり2週間以内に入力してください)

インフォームドコンセント: あり なし

病院番号: A- C- N-

病院内患者登録番号:

性別: 男 女

患者イニシャル(名前・姓の順):

年齢:

患者生年月日: /

貴科受診年月日*: /

貴科・紹介施設確定診断年月日: /

診断疑い年月日: /

*: 今回動脈瘤が発見されるいきさつとなった件での、貴科診察の最初の日時を記入してください。

診断の基準となった検査: 脳血管撮影 MRA, 3D CTA

未破裂脳動脈瘤発見のきっかけ

- 脳ドックなどの検診で発見された
- 全身検索やくも膜下出血以外の中中枢神経系疾患の精査の一環において偶然発見された
- 頭痛めまい等の不特定症候に対する検査で発見された
- 症候性(脳神経麻痺やその他動脈瘤に起因すると考えられる症状を呈し、その原因検索において発見)
- くも膜下出血の際の検査にて発見された
- 該当するものなし

既往(複数チェック可能)

- くも膜下出血 高血圧コントロール不良 高血圧コントロール良
- 喫煙 糖尿病 高脂血症
- 脳梗塞、虚血性脳血管障害 多発性嚢胞腎 該当するものなし

くも膜下出血の家族歴(複数チェック☑可能)

<input type="checkbox"/> 一親等にあり(☐父、☐母、☐男子、☐女子)
<input type="checkbox"/> 二親等にあり(☐兄、☐弟、☐姉、☐妹)
<input type="checkbox"/> それ以外の親族(いとこまで)にあり(☐男性、☐女性)
<input type="checkbox"/> 無しまたは不明

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)

未破裂脳動脈瘤の個数:

(多発性の場合複数登録)

.....

動脈瘤番号○1○2○3○4○5(大きな順に記載。6個以上瘤がある場合には大きなものから5個目まで記載する。)

動脈瘤の部位:☐ 右 ☐ 左 ☐ 正中

<input type="checkbox"/> IC-P Com	<input type="checkbox"/> IC-A Choroidal	<input type="checkbox"/> IC Bifurcation
<input type="checkbox"/> IC-Paraclinoid	<input type="checkbox"/> So-called IC dorsal	
<input type="checkbox"/> IC cavernous (extradural)		
<input type="checkbox"/> MCA	<input type="checkbox"/> A Com	<input type="checkbox"/> A1 ☐ A2 ☐ その他テント上
<input type="checkbox"/> VA-PICA	<input type="checkbox"/> VA union(VB junction)	<input type="checkbox"/> VA dissection
<input type="checkbox"/> BA-Top	<input type="checkbox"/> BA-SCA	<input type="checkbox"/> その他テント下

動脈瘤最大径: mm

形状

<input type="checkbox"/> 嚢状	<input type="checkbox"/> 紡錘状
-----------------------------	------------------------------

石灰化

<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
-----------------------------	-----------------------------

血栓化

<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
-----------------------------	-----------------------------

Daughter sac

- あり(1mm 以上の Bleb または膨瘤)
- あり(1mm 以下の膨瘤)
- なし

初期治療選択:動脈瘤番号○1○2○3○4○5

- 経過観察(特殊注意なし)
- 経過観察(慎重観察)
- 開頭手術(治療については3ヶ月時 FORM II に記載)
- 血管内動脈瘤治療(治療については3ヶ月時 FORM II に記載)
- 決定していない

FORM H で提唱した貴院の治療基本方針に沿った治療であるか否か

- 基本方針遵守
- 基本方針に従っていない

治療されなかった場合の理由(主な理由をひとつだけチェック☑する)

- 患者または家族の拒否
- 年齢
- 患者の健康状態
- 手術の危険性
- 瘤の大きさ
- 瘤の部位
- プロトコール
- その他

(5回繰り返す)

3ヶ月後フォーム(FORM II)

瘤発見後3ヶ月時の患者の状態を記載してください

観察(診察)年月日: /

病院番号: A- C- N-

病院名:

病院内患者登録番号:

UA番号: UA

患者イニシャル(名前・姓の順):

初回記載時よりの変化(破裂、神経学的変化、死亡):

有り、 無し (有りの場合は FORM II C)

治療の有無

有り、 無し (有りの場合は FORM II T)

画像所見 有り、 無し (有りの場合は FORM II D)

神経学的所見・転帰

1) 神経脱落症状(複数チェック 可能)

無し 運動麻痺 感覚障害
 言語障害 脳神経麻痺 失調症 その他

2) 意識障害 有り、 無し

有りの場合 GCS:

Best Eye Response: Best Verbal response: Best Motor Response:

3) Rankin scale: (付表1)

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: / /

病院番号: A- C- N-

病院名:

病院内患者登録番号:

UA番号: UA

患者イニシャル(名前・姓の順):

変化の種類

- 動脈瘤破裂 (既存の瘤: 瘤番号 O1 O2 O3 O4 O5、
 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またはその他の変化

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 :

Best eye response: Best verbal response: Best motor response:

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

〇3ヶ月フォームに戻る

治療フォーム(FORM II T)

病院番号: A- C- N-

病院名:

病院内患者登録番号:

UA番号: UA

患者イニシャル(名前・姓の順):

治療された動脈瘤の数:

治療がなされた瘤番号 0 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(1. で新たな神経脱落症状があった場合)

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"/> 術中破裂	<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"/> 硬膜下水腫・血腫	<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:

病院番号: A- C- N-

病院名:

病院内患者登録番号:

UA番号: UA

患者イニシャル(名前・姓の順):

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、 その他、 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、)

術後完全消失 術後不完全消失

動脈瘤の形状

不変 変化あり

(繰り返し)

手術後か否か: 手術後 未手術

手術後の場合下記記載

手術による画像変化: 有り 無し

有りの場合:

- 梗塞巣 脳挫傷(contusion) 硬膜下水腫 硬膜下血腫
 水頭症 その他

○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: /

病院番号: A- C- N-

病院名:

病院内患者登録番号:

UA番号: UA

患者イニシャル(名前・姓の順):

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:

Best eye response: Best verbal response: Best motor response:

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: / /

病院番号: A- C- N-

病院名:

病院内患者登録番号:

UA番号: UA

患者イニシャル(名前・姓の順):

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またはその他の変化

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 :

Best eye response: Best verbal response: Best motor response:

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)

病院番号: A- C- N-

病院名:

病院内患者登録番号:

UA番号: UA

患者イニシャル(名前・姓の順):

治療された動脈瘤の数:

治療がなされた瘤番号 〇1〇2〇3〇4〇5

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(1. で新たな神経脱落症状があった場合)

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"/> 術中破裂
<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"/> 硬膜下水腫・血腫	<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: /

病院番号: A- C- N-

病院名:

病院内患者登録番号:

UA番号: UA

患者イニシャル(名前・姓の順):

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、 その他、 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、)

術後完全消失 術後不完全消失

動脈瘤の形状

不変 変化あり

(繰り返し)

手術後か否か: 手術後 未手術

手術後の場合下記記載

手術による画像変化: 有り 無し

有りの場合:

- 梗塞巣 脳挫傷(contusion) 硬膜下水腫 硬膜下血腫
 水頭症 その他

○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: / /

病院番号: A- C- N-

病院名:

病院内患者登録番号:

UA番号: UA

患者イニシャル(名前・姓の順):

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:

Best eye response:	Best verbal response:	Best motor response:
--------------------	-----------------------	----------------------

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: / /

病院番号: A- C- N-

病院名:

病院内患者登録番号:

UA番号: UA

患者イニシャル(名前・姓の順):

変化の種類

- 動脈瘤破裂(既存の瘤:瘤番号0102030405、
 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またはその他の変化

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 :

Best eye response: Best verbal response: Best motor response:

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)

病院番号: A- C- N-

病院名:

病院内患者登録番号:

UA番号: UA

患者イニシャル(名前・姓の順):

治療された動脈瘤の数:

治療がなされた瘤番号 0 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
- 年令
- 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)