

変化記載フォーム (FORM L 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：□

UC 番号：UC □

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 (Form I 記載内容自動表示) 新しく発見された動脈瘤、 不明)

*注：破裂の場合 RUPTURE REPORT (p39) をご送付ください。

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：

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

終了の場合：終了時の Rankin scale 0 1 2 3 4 5 6 (付表1)

○長期予後フォームに戻る

治療フォーム (FORM L T)

病院番号： A- C- N-

病院名：

病院内患者登録番号：

UC 番号：UC

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 1 2 3 4 5 (Form I 記載内容自動表示)

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)

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <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"/> 術中破裂 |
| <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"/> 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 | | | |

○長期予後フォームに戻る

画像所見 (FORM L 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：

UC 番号：UC

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 不明

変化のあった瘤○1○2○3○4○5 (Form I 記載内容自動表示)

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

*注：拡大の場合 ENLARGEMENT FORM (p40) を御送付ください。

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) 脳内出血 硬膜下水腫
 硬膜下血腫 水頭症 瘤の術後変化 その他

○長期予後フォームに戻る

簡易型 長期予後報告フォーム Form LS FAX 用

貴施設名： _____

患者番号： UC _____

診断5年目以降の最終診察日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記最終診察日での状況: Rankin scale: 0 1 2 3 4 5 6 (付表1)

①初診日よりの変化 無し 有り

ありの場合： 瘤番号

変化日

変化内容 (記載)

②治療 無し 有り

ありの場合： 瘤番号

治療日時

方法： 開頭手術 血管内治療 併用

術後1ヶ月の予後 Rankin scale: 0 1 2 3 4 5 6 (付表1)

合併症 (記載)：

③画像 無し 有り

ありの場合： 瘤番号

画像日時

画像の種類：

動脈瘤の変化の有無 無し 有り

変化の記載：

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： / /

病院番号： A- C- N-

病院名：

病院内患者登録番号：

UC 番号：UC

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 (Form I 記載内容自動表示)、 新しく発見された動脈瘤、 不明)

*注：破裂の場合 RUPTURE REPORT (p39) をご送付ください。

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 :

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

調査終了の理由： 動脈瘤破裂 患者死亡

終了時 Rankin scale: 0 1 2 3 4 5 6 (付表1)

謹啓

このお手紙は、未破裂脳動脈瘤前向き QOL 調査 (UCAS II) にご登録くださっている患者様に毎年近況をお伺いするためにお送りさせていただいているお手紙です。

あなたは当院脳神経外科に 年 月 日に受診なさっております。その後のご様子について、下記のご質問にお答えの上、ご返送下されば幸いです。

謹白

〇〇病院 脳神経外科
UCAS II 担当医師

ご質問：

あなたの当院 ID 番号： _____

または お名前：

UCAS II 登録番号 (UC _____) : 医師記載)

① 最後に当院を受診なさってから症状に変化はありませんか？

はい いいえ

①-2 もし変化があればどのような変化が、いつ起こりましたか？またその後どうなされましたか？

②最後に当院を受診なさってから他院にて頭部の検査をお受けになりましたか？

はい いいえ

②-2 もしお受けになった場合、どのように説明を受けられましたか？

③最後に当院の受診なさってから他院にて動脈瘤の治療を受けられましたか？

はい いいえ

③-3 もしお受けになった場合、どのような治療をいつお受けになれましたか？またその後如何ですか？

もし差し支えなければ 他院のお名前： _____ 担当医師のお名前をお教えてください。

病院名： _____ 担当医名： _____

もしお引越しなさっていれば下記に現在のご住所またはこれから引っ越される連絡先をお教えてください。今後のお手紙をそちらに送らせていただきます。

その他：

UCAS Japan 破裂例調査票 [RUPTURE REPORT]

貴院名 (施設番号)	(A, C, N-)
UC 番号	
貴院番号	
患者貴科受診日 (Day 0)	
UCAS II Form I 登録日	(わかればで結 構です)
破裂の日時	
破裂時の Grade	WFNS:
治療の有無/内容	
調査終了時 (FORM E または 変化報告時) m-Rankin scale*	
最終 m-Rankin scale* (先生のご存知の最終予後)	(Date:)
その他の詳細情報 (あれば)	

*付表1: m-Rankin scale (modified for UCAS Japan) 特に Rankin 6: death がございます。

Scale	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
6	Death

v. 08022005

本票はオンラインにて登録するか、必要事項を記載の上下記事務局へ e-mail または郵送・FAXにてお送りください。

〒113-8655 東京都文京区本郷7-3-1

東京大学医学部 脳神経外科内 (担当森田)

TEL: 03-5800-8853 FAX:03-5800-8655

E-mail: ucas2-head@umin.ac.jp

UCAS II 画像評価 拡大例調査票 [ENLARGEMENT REPORT]

貴院名 (施設番号)	N-) (A, C,
UC 番号	
貴院番号	
拡大した瘤の番号	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 (チェックしてください)
拡大した瘤の元のサイズ (最大径)	1: _____mm 2: _____mm 3: _____mm (複数個の場合 2, 3 に記載)
拡大の判明した画像日時/種類	_____年_____月_____日 <input type="radio"/> MRA <input type="radio"/> CTA <input type="radio"/> 脳血管撮影 (DSA を含む) <input type="radio"/> その他
拡大後の瘤のサイズ (最大径)	1: _____mm 2: _____mm 3: _____mm
症候出現の有無/内容	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 出現日: _____年_____月_____日 内容:
破裂の有無/内容	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 破裂日: _____年_____月_____日 内容:
治療の有無/内容	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 治療日: _____年_____月_____日 内容:
方針 (すでに行われたもの、または今後の方針)	
経過中最終 m-Rankin scale* (先生のご存知の最終予後)	(Date: _____)
その他の詳細情報 (あれば)	

*付表1: m-Rankin scale (modified for UCAS Japan) 特に Rankin 6: death がございます。

Scale	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
6	Death

本票はオンラインにて登録するか、必要事項を記載の上事務局へ e-mail または郵送・

FAXにてお送りください。

未破裂脳動脈瘤 医療費登録票: COST 表

貴施設名： _____ (A- _____ または C- _____)

UC 番号： _____

期間：診断日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日) ~12ヶ月 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

	項目	費用
2	外来診療費	
2	検査費用 (外来における MRI その他の検査)	
3	入院費用*	
4	A: 手術・処置・麻酔費用	
5	B: 入院中検査費用	
6	C: 包括診療費用、その他	
7	総計	

*:入院診療があった場合。諸項目に分割できる場合は4, 5, 6に分割。それ以外は一括して3に記載してください。

本票はオンラインにて登録するか、必要事項を記載の上下記事務局へ e-mail または郵送にてお送りください。

〒113-8655 東京都文京区本郷7-3-1

東京大学医学部 脳神経外科内 (担当森田)

TEL: 03-5800-8853 FAX:03-5800-8655

E-mail:ucas2-head@umin.ac.jp

付表

付表1 : Modified Rankin scale (v. UCAS)

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
6	Death

付表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

付表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

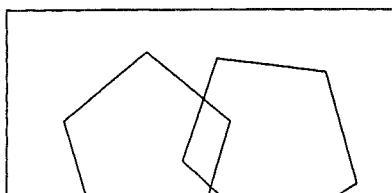
付表4：UCAS II 動脈瘤サイズ判定基準表

基準	得られる・含まれる情報
A 基準	①3Dangio > ②MD CT による CTA> ③ 1.5T 以上の MRI 機種による MRA 以上いずれかの DICOM 情報
B 基準	MD タイプでない CT 機種による 3D CT 1.5T 未満の MRI 機種による MRA の DICOM 情報
C 基準	以上いずれかの画像のデジタルカメラ撮影情報（以下のいずれかを含む） ① MRA, CTA 元画像の動脈瘤周辺画像 ② サイズを測定した図を含む画像 ③ サイズを測定できるメジャー入り動脈瘤長径画像・1円玉法やグリッドを用いた血管撮影、メジャー入り MRA CTA 画像など 撮影条件を含める。できるだけ多くの情報を集める
D 基準（サイズ決定困難例）	C 以上の情報のない例 サイズ決定困難な画像のみデジタル情報として得る例

V. 01092006

調査日時: : 術前 術後1ヶ月 術後1年

	質問内容	回答	得点
1 (5点)	今年は何年ですか。	年	
	いまの季節は何ですか。		
	今日は何曜日ですか。	曜日	
	今日は何月何日ですか。	月	
		日	
2 (5点)	ここはなに県ですか。	県	
	ここはなに市ですか。	市	
	ここはなに病院ですか。		
	ここは何階ですか。	階	
	ここはなに地方ですか。(例:関東地方)		
3 (3点)	物品名3個(相互に無関係) 検者は物の名前を1秒間に1個ずつ言う、その後、被験者に繰り返させる。 正答1個につき1点を与える。3個すべて言うまで繰り返す(6回まで)。 何回繰り返したかを記せ_____回		
4 (5点)	100から順に7を引く(5回まで)、あるいは「フジノヤマ」を逆唱させる。		
5 (3点)	3で提示した物品名を再度復唱させる。		
6 (2点)	(時計を見せながら)これは何ですか。 (鉛筆を見せながら)これは何ですか。		
7 (1点)	次の文章を繰り返す。 「みんなで、力を合わせて綱を引きます」		
8 (3点)	(3段階の命令) 「右手にこの紙を持ってください」 「それを半分に折りたたんでください」 「机の上に置いてください」		
9 (1点)	(次の文章を読んで、その指示に従ってください) 「眼を閉じなさい」		
10 (1点)	(なにか文章を書いてください)		
11 (1点)	(次の図形を書いてください)		



眼を閉じなさい

文章記述：

回答記入後用紙に点数配点までを記し術前・後を一括して UCAS II 事務局へ FAX または送付してください。(FAX: 03-5800-8655)

またはスキャン後pdfにてオンライン登録ページに ファイルアップロードしてください。

「UCAS II 患者登録マニュアル」

未破裂脳動脈瘤を診たら？

あらかじめ準備するもの

A: 調査台帳 (赤ファイルノート 20 p) : 本調査プロトコル書、倫理委員会申請・承諾書・オンライン登録 ID、患者外来カルテ添付用調査予定表 (原紙)、2006 年未破裂脳動脈瘤患者リスト (これは後日登録ホームページの貴院登録患者のコピーページに変更) を入れておく

B: 患者説明文書・承諾書 20 部印刷し外来に置く

C: 初期登録フォーム・プライバシーフォーム 書面登録用紙 を 20 人分印刷し外来におく

D: 各患者ノート (ピンク色 10P ファイルノート)

E: 紙ベース情報 pdf 変換用 スキャナー

QOL 調査実施報告票、MMSE, COST 表等をスキャンし pdf に変換後ホームページにアップロード可能とする

調査手順

病院登録

0: 病院登録 オンラインにて登録 (ホームページ登録開始後)

初期登録

I: 説明とインフォームドコンセントの取得

オンライン登録と経過観察 (外来受診、または電話や手紙で行う)、写真等の研究班での一括扱い。個人情報の厳守。について説明し承諾を得てください。承諾書は外来カルテおよびコピーを患者ノート (ピンク色 10P ファイルノート) に保管 調査台帳の 2006 年未破裂脳動脈瘤患者リストに追加

II: プライバシーフォーム入力・印刷

これはオンライン登録せず患者ノート 2 ページ目に保管

III: FORM I 内容記載 登録 (ホームページ完成後)

紙ベースの情報としても保存し、患者ノートに各患者別で保管。

IV: 初期 QOL-1 の測定 患者に説明後、黄色大封筒を外来で直接お渡しするか、郵送する。各封筒には患者謝礼として図書券 1000 円を同封する。大封筒内の UCAS II 患者 QOL 調査実施報告票を事務局へ送付・スキャナー取り込み pdf ホームページアップロード 報告票そのものは患者ノートに保管 (その後の QOL 調査も同様)

QOL 調査票には全て肩番号がついているので内容を入れ替えないよう注意!

定期観察

V: 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。

3ヶ月

VI: 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)+QOL-3

12ヶ月

12ヶ月時点での観察。前回記載時よりの変化、治療、画像があれば入力する。

FORM III+(FORM III C, FORM III T, FORM III D) +QOL-12

COST 表: 1年間要した医療コストを算出、事務局へ送付またはスキャンして pdf アップロード

治療

VIII: 治療が行われた場合、治療前・後(1ヶ月または退院時)MMSE 測定および退院時 QOL 測定 MMSE は郵送するかスキャンして pdf にてホームページアップロード
MMSE 調査書は患者カルテおよび患者ノートに保管する

長期経過観察

IX:12ヶ月以降は2012年まで緊急入力以外はオンライン調査を行わず、1年毎の郵送または外来チェックにての経過観察記録を保管する(YEARLY FOLLO-UP)。特に住所移動による経過観察不能防止のため1年ごとに住所を確認する。

X: 2012年に再度長期予後調査を行う

長期フォーム: FORM L+ (FORM L C, FORM L T, FORM L D) + QOL-L

登録方法

XI: 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。

XII: すべてFAXによる入力も可能。

XIII: 3ヶ月に一度地域担当者が訪問するので、登録症例、経過観察症例についてのデータを提供する。