

# 症例報告書

# 症例報告書

平成 17 年度厚生労働科学研究

(循環器疾患総合研究事業)

弓部大動脈全置換術における超低体温療法と中等度低体温療法の多施設共同前向き研究

## JSTAR-I

(Japanese Study of warm Total Arch Replacement)

症例番号 \_\_\_\_\_

施設名 \_\_\_\_\_

担当医師名 \_\_\_\_\_

作成日 2006 年 1 月 23 日

Version 1.500

## 対象患者

### 選択基準

- (1) 待機的胸骨正中切開下弓部全置換術患者

### 除外基準

- (1) 緊急患者（大動脈瘤破裂、急性大動脈解離）  
 (2) 再手術（再胸骨正中切開）患者

★ 術前ワーファリン： 術前3日前までに中止し、ヘパリンに変更することが望ましい

★ 抗血小板薬： 術前1週間前に服用中止、パナルジンは2週間前に中止することが望ましい

### 観察スケジュール

時期	術前	術中	術直後(ICU)	術後3週(退院直前)*	術後6カ月
同意	○				
患者背景	○				
手術情報		○			
高次機能	○			○	△
頭部MRI	○			○	
心機能	○		○		
呼吸機能	○		○		
腎機能	○		○		
出血		○	○		
血液検査	○	○	○	○	
胸部CT	○			○	
死亡・合併症	—————→				

○： 必須、△： 必須ではないが、可能であれば調査する

\*： 3~5週を許容する

## 術 前 (1 / 5)

## 患者背景

性別  男  女 身長 \_\_\_\_\_ cm  
 年齢 ( ) 歳 体重 \_\_\_\_\_ kg

原疾患 弓部 ・ 遠位弓部

## 既往歴

高血圧	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
高脂血症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
糖尿病	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
狭心症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
心筋梗塞	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
腎疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(疾患名 )
消化器疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(疾患名 )
肝疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(疾患名 )
その他	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(疾患名 )
喫煙	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	( 本/日 年)
飲酒	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	( 合/週)

## 薬剤使用状況

抗凝固薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	( <input type="checkbox"/> ワルファリン 中止日：200 年 月 日 <input type="checkbox"/> その他：_____ )
抗血小板薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	( <input type="checkbox"/> アスピリン 中止日：200 年 月 日 <input type="checkbox"/> 塩酸チクロピジン 中止日：200 年 月 日 <input type="checkbox"/> シロスタゾール 中止日：200 年 月 日 <input type="checkbox"/> ジピリダモール 中止日：200 年 月 日 <input type="checkbox"/> 塩酸サルポグレラート 中止日：200 年 月 日 <input type="checkbox"/> その他：_____ 中止日：200 年 月 日 )
降圧剤	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	( _____ )
抗高脂血症薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	( <input type="checkbox"/> スタチン <input type="checkbox"/> その他：_____ )
糖尿病治療薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	( <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 経口血糖降下薬 )
抗うつ薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	( _____ )
抗不安薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	( _____ )
睡眠薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	( _____ )

## 術 前 (2 / 5)

## 高次脳機能評価

評価日 : 200\_\_年\_\_月\_\_日

 完了  未完了

## 1. Auditory Verbal Learning Test: 言語性記憶

リスト A						リスト B	再認
1	2	3	4	5	6	B	(A)
/15	/15	/15	/15	/15	/15	/15	/45

## 2. Trail Making Test

	秒数	特記事項
A	秒	
B	秒	

## 3. Grooved Pegboard: 巧緻運動(左右の手ともに施行する)

	秒数	特記事項
右手	秒	
左手	秒	

## 4. 数唱

	順唱		逆唱
計		計	

粗点:(順唱得点)+(逆唱得点)=\_\_\_\_\_点 → 評価点:\_\_\_\_\_点

## 5. Benton Visual Retention Test: 視覚性記憶

形式:\_\_\_\_\_ 正確数:\_\_\_\_\_ 誤謬数:\_\_\_\_\_

省略	ゆがみ	保続	回転
置き違い	大きさの誤り	L	R

## 6. Self - rating Depression Scale(SDS): \_\_\_\_\_点

## 術 前 ( 3 / 5 )

## 頭部 MRI

測定日 : 200\_\_年\_\_月\_\_日 [臨床評価委員会判定日 : 200\_\_年\_\_月\_\_日]

## 1. 無症候性脳梗塞

1) 総数 : \_\_\_\_\_ 個

2) 新たな無症候性脳梗塞 (新たに見つかったもののみ記載. 6個以上の場合は複写して使用.)

			梗塞数	1	2	3	4	5	
部位	大脳半球	右	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		左	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			前頭葉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			頭頂葉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			側頭葉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			後頭葉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			視床	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			基底核	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			深部白質	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			皮質を含む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			皮質を含まない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	小脳		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	脳幹		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
大きさ		小 (<0.5cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		小と中の中間 (0.5cm $\leq$ , <1.0cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		中 (1.0cm $\leq$ , <3.0cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		大 ( $\geq$ 3.0cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		非常に大きい (複数の lobe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
推測される病因*			[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]		

※ : 1.アテローム血栓性脳梗塞, 2.心原性脳塞栓症, 3.ラクナ梗塞, 4.その他, 5.分類不能

## 2. 白質病変

## 1) Fazekas の分類

① PVH :  grade 0  grade 1  grade 2  grade 3② 白質病変 :  grade 0  grade 1  grade 2  grade 32) 進展の有無 :  あり  なし

## 術 前 ( 4 / 5 )

## 心機能

検査日	200 年 月 日
心拍出量(CO)/ 心係数(CI)	/
肺動脈楔入圧(PCWP)	(mmHg)

## 呼吸機能

検査日	200 年 月 日
PO2	
PCO2	
%VC	
FEV1.0%	

## 肝、腎機能

採血日	200 年 月 日
BUN	(mg/dl)
Creatinine	(mg/dl)
GOT	(U/l)
GPT	(U/l)
Choline-E	(U/l)

## 術 前 ( 5 / 5 )

## 血液・凝固能

採血日	200 年 月 日
血小板数	( $\times 10^3/\mu\text{L}$ )
PT-INR	
APTT	(秒)
フィブリノーゲン	(mg/dl)
TAT	( $\mu\text{g/l}$ )
D-dimer	( $\mu\text{g/ml}$ )
FDP	( $\mu\text{g/l}$ )
AT-III	(%)
Protein C	(%)
PAI-1	(ng/ml)
血小板凝集*	
ずり応力下血小板血栓形成能*	

\* 国立循環器病センターのみ

## 神経血液検査(麻酔導入時)

採血日	200 年 月 日
S-100	( $\mu\text{g/l}$ )
NSE	(ng/ml)

## 胸部 CT

検査日 200\_\_年\_\_月\_\_日

特記事項



## 術 中

## 手術情報

手術日	200 年 月 日		
人工血管名・サイズ			
最低鼻咽頭温	(°C)	最低血液温	(°C)
最低膀胱温	(°C)	最低末梢温	(°C)
脳灌流圧測定部位	1. 浅側頭動脈 2. 橈骨動脈 3. カニュラ先端圧		
最低脳灌流圧	(mmHg)	最高脳灌流圧	(mmHg)
SCP 灌流量*	(ml/min)		
下半身循環停止時間	(分)	心筋虚血時間	(分)
SCP 時間	(分)	体外循環時間	(分)
手術時間	(分)	麻酔時間	(分)
術中出血量	(ml)	最低ヘモグロビン	(g/dl)
輸血量	MAP	(単位)	
	FFP	(単位)	
	血小板	(単位)	
	その他		

\* SCP が確立し安定した段階の流量

## 血液・凝固能(CPB 離脱直後、プロタミン注入前)

採血日	200 年 月 日
	CPB 中血小板輸血 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	CPB 中 FFP 使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
血小板数	( $\times 10^3/\mu\text{L}$ )
フィブリノーゲン	(mg/dl)
TAT	( $\mu\text{g/l}$ )
D-dimer	( $\mu\text{g/ml}$ )
FDP	( $\mu\text{g/l}$ )
AT-III	(%)
Protein C	(%)
PAI-1	(ng/ml)
血小板凝集*	
ずり応力下血小板血栓形成能*	

\* 国立循環器病センターのみ

## 術直後 [ICU] (1 / 2)

## 神経血液検査 (ICU 帰室時)

採血日	200 年 月 日
S-100	( $\mu\text{g/l}$ )
NSE	( $\text{ng/ml}$ )

## 術後情報

帰室時	血液温 (Swan-Ganz カテーテル)	( $^{\circ}\text{C}$ )
体温	末梢温 ( $^{\circ}\text{C}$ )	( $^{\circ}\text{C}$ )
帰室時	心拍出量 (CO) / 心係数 (CI)	/
心機能	肺動脈楔入圧 (PCWP)	( $\text{mmHg}$ )
カテコラミン	帰室時 DOA/DOB	( $\mu\text{g/kg/min}$ )
	帰室時 NAD	( $\mu\text{g/kg/min}$ )
	帰室時 AD	( $\mu\text{g/kg/min}$ )
	術後 72 時間のカテコラミン総投与量	( $\text{mg}$ )
呼吸機能	帰室時 $\text{FiO}_2$	
	帰室時 $\text{PO}_2$	
	$\text{PO}_2/\text{FiO}_2$ ratio	
	抜管時期	
血清乳酸値 (最高値)		( $\text{mg/dl}$ )
術後出血量 (24 時間ドレーン排液量)		( $\text{ml}$ )
覚醒時期 (離握手の可能な時期)		時間
ICU 滞在日数 (術当日を含む)		(日)

## 術直後〔ICU〕 2/2

## 血液・凝固能(術翌朝)

採血日	200 年 月 日
血小板数	( $\times 10^3/\mu\text{L}$ )
PT-INR	
APTT	(秒)
フィブリノーゲン	(mg/dl)
TAT	( $\mu\text{g/l}$ )
D-dimer	( $\mu\text{g/ml}$ )
FDP	( $\mu\text{g/l}$ )
AT-III	(%)
Protein C	(%)
PAI-1	(ng/ml)
血小板凝集*	
ずり応力下血小板血栓形成能*	

\* 国立循環器病センターのみ

## 肝、腎機能(術翌朝)

採血日	年 月 日
BUN	(mg/dl)
Creatinine	(mg/dl)
GOT	(U/l)
GPT	(U/l)
Choline-E	(U/l)

## 術後72時間以内の合併症

 なし あり

詳細は p.15 以降の有害事象の頁に記載してください

 死亡 脳障害 一時的脳障害 (Temporary neurological dysfunction)

重度せん妄 (severe delirium)、錯乱 (confusion)、激昂 (agitation)、記憶障害、などで退院までに軽快、改善するもの

 永久的脳障害 (Permanent neurological dysfunction)

CT、MRI 上明らかとなる脳梗塞を含め、退院まで持続する局所的ないしは広範囲脳障害

 脊髄障害
 対麻痺    不全対麻痺    膀胱直腸障害
 心臓障害 低心拍出量症候群 (LOS) : a) ないしは b) a) 大動脈バルーンポンピング (IABP) を必要とする循環不全 b) ドーパミン(DOA)/ドブタミン(DOB)以外に、6時間以上持続し 0.1  $\gamma$ /kg/min

以上のノルアドレナリン(NAD)ないしはアドレナリン(AD)を必要とする循環不全

 周術期心筋梗塞 (PMI) : 以下の二項目以上を満たす場合 a) 心筋由来酵素上昇 (CK-MB)  $\geq 30 \mu\text{g/L}$ , トロポニン  $\geq 20 \mu\text{g/L}$  b) 新たな壁異常 c) ECG 上、新しい Q 波の出現 肺障害 72 時間以上の人工呼吸 再挿管 気管切開 抗生剤を必要とする肺炎 腎障害 術前クレアチニン (Cr)  $\leq 1.0 \text{ mg/dl}$   $\rightarrow$  最高 Cr  $\geq 2.0 \text{ mg/dl}$  術前 Cr  $> 1.0$   $\rightarrow$  術前 Cr の 100% 以上の上昇 血液透析 (HD) の使用 出血 濃厚赤血球輸血  $> 20$  単位 血小板輸血  $\geq 30$  単位 出血再開胸 感染 胸骨骨髓炎、縦隔炎 人工血管感染 敗血症 その他 ( )

## 術後3週〔退院直前〕 (1 / 3)

## 高次脳機能評価

評価日 : 200\_\_年\_\_月\_\_日

 完了  未完了

## 1. Auditory Verbal Learning Test: 言語性記憶

リストA						リストB	再認
1	2	3	4	5	6	B	(A)
/15	/15	/15	/15	/15	/15	/15	/45

## 2. Trail Making Test

	秒数	特記事項
A	秒	
B	秒	

## 3. Grooved Pegboard: 巧緻運動(左右の手ともに施行する)

	秒数	特記事項
右手	秒	
左手	秒	

## 4. 数唱

	順唱		逆唱
計		計	

粗点: (順唱得点)+(逆唱得点)= \_\_\_\_\_ 点 → 評価点: \_\_\_\_\_ 点

## 5. Benton Visual Retention Test: 視覚性記憶

形式: \_\_\_\_\_ 正確数: \_\_\_\_\_ 誤謬数: \_\_\_\_\_

省略	ゆがみ	保続	回転
置き違い	大きさの誤り	L	R

## 6. Self - rating Depression Scale(SDS): \_\_\_\_\_ 点

## 術後3週〔退院直前〕 (2/3)

## 頭部MRI

測定日 : 200\_\_年\_\_月\_\_日 [臨床評価委員会判定日 : 200\_\_年\_\_月\_\_日]

## 1. 無症候性脳梗塞

1) 総数 : \_\_\_\_\_ 個

2) 新たな無症候性脳梗塞 (新たに見つかったもののみ記載. 6個以上の場合は複写して使用.)

		梗塞数	1	2	3	4	5	
部位	大脳半球	右	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		左	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		前頭葉 頭頂葉 側頭葉 後頭葉 視床 基底核 深部白質	前頭葉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			頭頂葉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			側頭葉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			後頭葉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			視床	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			基底核	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			深部白質	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	小脳 脳幹	皮質を含む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		皮質を含まない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	大きさ	小 (<0.5cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
小と中の中間 (0.5cm≦, <1.0cm)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
中 (1.0cm≦, <3.0cm)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
大 (≧3.0cm)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
非常に大きい (複数のlobe)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
推測される病因*			[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	

※ : 1.アテローム血栓性脳梗塞, 2.心原性脳塞栓症, 3.ラクナ梗塞, 4.その他, 5.分類不能

## 2. 白質病変

## 1) Fazekas の分類

① PVH :  grade 0  grade 1  grade 2  grade 3② 白質病変 :  grade 0  grade 1  grade 2  grade 32) 進展の有無 :  あり  なし

## 術後3週〔退院直前〕 (3 / 3)

## 血液・凝固能

採血日	年 月 日
血小板数	( $\times 10^3/\mu\text{L}$ )
PT-INR	
APTT	(秒)
フィブリノーゲン	(mg/dl)
TAT	( $\mu\text{g/l}$ )
D-dimer	( $\mu\text{g/ml}$ )
FDP	( $\mu\text{g/l}$ )
AT-III	(%)
Protein C	(%)
PAI-1	(ng/ml)

## 胸部 CT

検査日 200\_\_年\_\_月\_\_日

人工血管の開存性  あり  なし仮性瘤、解離の発生  あり  なし

その他 \_\_\_\_\_

退院日 200\_\_年\_\_月\_\_日

治療費 \_\_\_\_\_

## 術後6ヶ月

## 心事故、合併症等の確認

- 遠隔期大動脈病変の発生  あり  なし  
 脳血管障害発生  あり  なし  
 心事故発生  あり  なし  
 その他  あり( )  なし

## 高次脳機能評価

評価日：\_\_年\_\_月\_\_日

## 1. Auditory Verbal Learning Test: 言語性記憶

リストA						リストB	再認
1	2	3	4	5	6	B	(A)
/15	/15	/15	/15	/15	/15	/15	/45

## 2. Trail Making Test

	秒数	特記事項
A	秒	
B	秒	

## 3. Grooved Pegboard: 巧緻運動(左右の手ともに施行する)

	秒数	特記事項
右手	秒	
左手	秒	

## 4. 数唱

	順唱		逆唱
計		計	

粗点:(順唱得点)+(逆唱得点)=\_\_\_\_\_点 → 評価点:\_\_\_\_\_点

## 5. Benton Visual Retention Test: 視覚性記憶

形式:\_\_\_\_\_ 正確数:\_\_\_\_\_ 誤謬数:\_\_\_\_\_

省略	ゆがみ	保続	回転
置き違い	大きさの誤り	L	R



## JSTAR-I 症例報告書 有害事象（死亡・合併症）① 1/2

症例番号	
記入日	200 年 月 日

1. 性別  男  女

2. 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

3. 手術日 : 200\_\_年\_\_月\_\_日

4. 有害事象名  
\_\_\_\_\_

5. 発症日 : 200\_\_年\_\_月\_\_日

6. 有害事象の分類(1つ選択)

- 死に至るもの                       生命を脅かすもの  
 入院または入院期間の延長が必要となるもの  
 永続的又は顕著な障害・機能不全に陥るもの  
 先天異常を来すもの                       その他医学的に重要な状態  
 重篤でないもの

7. 症状とその経過  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_8. 治療  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. 転帰

- 回復    軽快    未回復    後遺症あり    死亡    不明

10. 因果関係の評価

- あり                       なし                       どちらともいえない

11. その他コメント  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**\*重要：本頁は JSTAR 事務局宛に FAX (06-6872-6371) にて送付**  
**JSTAR 事務局受付時間：9:00~17:00 (TEL 06-6833-5012 内線 2745)**



## JSTAR-I 症例報告書 有害事象 (死亡・合併症) ② 1/2

症例番号	
記入日	200 年 月 日

1. 性別  男  女

2. 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

3. 手術日 : 200\_\_年\_\_月\_\_日

4. 有害事象名  
\_\_\_\_\_

5. 発症日 : 200\_\_年\_\_月\_\_日

6. 有害事象の分類(1つ選択)

- 死に至るもの                       生命を脅かすもの  
 入院または入院期間の延長が必要となるもの  
 永続的又は顕著な障害・機能不全に陥るもの  
 先天異常を来すもの                       その他医学的に重要な状態  
 重篤でないもの

7. 症状とその経過  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_8. 治療  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. 転帰

- 回復    軽快    未回復    後遺症あり    死亡    不明

10. 因果関係の評価

- あり                       なし                       どちらともいえない

11. その他コメント  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*重要：本頁は JSTAR 事務局宛に FAX (06-6872-6371) にて送付  
 JSTAR 事務局受付時間：9:00~17:00 (TEL 06-6833-5012 内線 2745)

