

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 なし あり
 高脂血症 なし あり
 糖尿病 なし あり
 狭心症 なし あり
 心筋梗塞 なし あり
 腎疾患 なし あり
 (疾患名 _____)
 消化器疾患 なし あり
 (疾患名 _____)
 肝疾患 なし あり
 (疾患名 _____)
 その他 なし あり
 (疾患名 _____)
 喫煙 なし あり (本/日 年)
 飲酒 なし あり (合/週)

薬剤使用状況

抗凝固薬 無 有 (ワルファリン 中止日: 200 年 月 日
 その他: _____)
 抗血小板薬 無 有 (アスピリン 中止日: 200 年 月 日
 塩酸チクロピジン 中止日: 200 年 月 日
 シロスタゾール 中止日: 200 年 月 日
 ジピリダモール 中止日: 200 年 月 日
 塩酸サルボグレラート 中止日: 200 年 月 日
 その他: _____ 中止日: 200 年 月 日)
 降圧剤 無 有 (_____)
 抗高脂血症薬 無 有 (スタチン その他: _____)
 糖尿病治療薬 無 有 (インスリン 経口血糖降下薬)
 抗うつ薬 無 有 (_____)
 抗不安薬 無 有 (_____)
 睡眠薬 無 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) 無症候性脳梗塞 (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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	
		脳幹	<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 \leq , <1.0cm)		<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"/>	
大 (\geq 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 3

術 前 (4 / 5)

心機能

検査日	200 年 月 日	
心拍出量(CO)/ 心係数(CI)	(l/min) /	(l/min/m ²)
肺動脈楔入圧(PCWP)		(mmHg)

呼吸機能

検査日	200 年 月 日	
PO ₂		(mmHg)
PCO ₂		(mmHg)
%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)

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	(×10 ⁹ /μL)		
フィブリノーゲン	(mg/dl)		
TAT	(μg/l)		
D-dimer	(μg/ml)		
FDP	(μg/l)		
AT-III	(%)		
Protein C	(%)		
PAI-1	(ng/ml)		

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	(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)	(l/min) / (l/min/m^2)
心機能	肺動脈楔入圧(PCWP)	(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	($\mu\text{g/kg/min}$)
呼吸機能	帰室時 FiO_2	
	帰室時 PO_2	
	PO_2/FiO_2 ratio	
	抜管時期	帰室後 時間 分
血清乳酸値(最高値)		(mg/dl)
	または	(nmol/l)
術後出血量(24 時間ドレーン排液量)		(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)

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) 大動脈バルーンパンピング (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 μ g/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) $\geq 30 \mu$ g/L, トロポニン $\geq 20 \mu$ 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) ≤ 1.0 mg/dl \rightarrow 最高 Cr ≥ 2.0 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 ≥ 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"/>	<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 3

② 白質病変 : grade 0 grade 1 grade 2 grade 3

2) 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 _____

割付群を患者に伝えたか はい ・ いいえ

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

6. Self-rating Depression Scale(SDS): __点

JSTAR-II 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-II 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)

JSTAR-II 症例報告書 有害事象（死亡・合併症）③ 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)

4 個以上発生した場合は複写して使用してください

JSTAR-II 症例報告書 中止

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. 中止日 : 200 ____ 年 ____ 月 ____ 日

5. 中止理由

- 有害事象
 患者が同意を撤回
 その他 (_____)

6. 経過

*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)