

NCD 先天性心臓外科部門 入力項目一覧

記載者署名

施設名

患者属性

1/7

院内管理コード			
患者のイニシャル (LastName,FirstName)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
患者の生年月日	年	月	日
母親の生年月日	年	月	日
患者の性別	<input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female <input type="radio"/> Unknown		
患者の血液型	<input type="radio"/> A(+) <input type="radio"/> A(-) <input type="radio"/> B(+) <input type="radio"/> B(-) <input type="radio"/> O(+) <input type="radio"/> O(-) <input type="radio"/> AB(+) <input type="radio"/> AB(-) <input type="radio"/> 不明		
患者の出生地	国内の場合は都道府県、国外の場合は国名を記入。		

患者情報

初回手術施設	<input type="radio"/> 自院 <input type="radio"/> 他院 <input type="radio"/> 不明	今回が初回手術の場合は、自院を選択してください
Chromosomal Abnormality		「JCCVSD_V2 記入用紙選択肢一覧」からIDを選択
Syndrome		「JCCVSD_V2 記入用紙選択肢一覧」からIDを選択

心外奇形 : 「JCCVSD_V2 記入用紙定義一覧」からIDを選択

心外奇形 1 (Non Cardiac Abnormality)		心外奇形 2 (Non Cardiac Abnormality)	
心外奇形 3 (Non Cardiac Abnormality)		心外奇形 4 (Non Cardiac Abnormality)	
心外奇形 5 (Non Cardiac Abnormality)		心外奇形 6 (Non Cardiac Abnormality)	

Fundamental Diagnosis		「JCCVSD_V2 記入用紙選択肢一覧」からIDを選択
Early Delivery	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> Unknown	37週未満
胎児診断の有無	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> Unknown	
在胎週数 (1歳未満の場合、必須)	週	日 <input type="checkbox"/> 不明
出生体重 (1歳未満の場合、必須)	g	<input type="checkbox"/> 不明
胎数 (1歳未満の場合、必須)	<input type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 双生児 <input type="radio"/> それ以上頻胎 <input type="radio"/> 不明	

手術入院情報

手術入院 1 回目 2/7

入院年月日	年 月 日		
長期入院症例 (90日を超える入院)	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes		
<上記【Yes】の場合> 長期入院理由	<input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> Neurological Cause <input type="checkbox"/> 転科 <input type="checkbox"/> Others		
退院年月日	年 月 日		
退院時状態	<input type="radio"/> Alive <input type="radio"/> Dead		
退院時投薬	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes		
<上記【Yes】の場合> 退院時投薬の内容	<input type="checkbox"/> Coumadin (ワーファリン) <input type="checkbox"/> ステロイド <input type="checkbox"/> ACE Inhibitors <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> Digitalis <input type="checkbox"/> Beta Blockers <input type="checkbox"/> Antiarrhythmics <input type="checkbox"/> Aspirin <input type="checkbox"/> Other Antiplatelets <input type="checkbox"/> 肺動脈性肺高血圧症治療薬 <input type="checkbox"/> 利尿剤 <input type="checkbox"/> その他		
死亡年月日	年 月 日	正確な月/日がわからない場合は、「1」を入力してください	
死亡原因	<input type="checkbox"/> 心原性 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 中枢神経系 <input type="checkbox"/> その他		
30日以内の再入院	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	今回退院後の手術関連合併症による、30日以内の再入院	
Primary Readmission Reason	「JCCVSD_V2 記入用紙選択肢一覧」からIDを選択		
在宅酸素(退院時)	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes		

手術情報

再手術情報

手術 1 回目

初回手術	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes		
同一入院中の再手術	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes		
予定された再手術	<input type="radio"/> Planned Staged Op <input type="radio"/> Unplanned Op	planned Staged Op: 計画された再手術 unplanned Op: 術後事象による再手術	

<「予定された再手術」が【Unplanned Op】の場合「Previous procedure」、「Reasons for re-op」を入力>

Previous procedure

Date of Previous Procedure (Duration)	年 月 日	正確な月/日がわからない場合は、「1」を入力してください
Institute	<input type="radio"/> 自院 <input type="radio"/> 他院	
Previous Procedure	「JCCVSD_V2 記入用紙選択肢一覧」からIDを選択	

Reasons for re-op

Cardiac Events	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes
----------------	--

<Cardiac Events>が【Yes】の場合、以下を入力>

Valve	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes		
<上記【Yes】の場合> Valve Type	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P
Vessels	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes		
<上記【Yes】の場合> Vessels Type	<input type="checkbox"/> Ao	<input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> PV <input type="checkbox"/> VC
Myocardium	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes		
<上記【Yes】の場合> Myocardium Type	<input type="checkbox"/> RV	<input type="checkbox"/> LV	<input type="checkbox"/> SV
Heart Failure	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes		
<上記【Yes】の場合> Heart Failure	<input type="checkbox"/> 右心系 <input type="checkbox"/> 左心系		
Arrhythmia	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	Residual Shunt	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes
Anastomosis Site	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	IE	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes
Thrombosis	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	Calcification	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes
Others	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes		

Material Related	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes
------------------	--

<Material Related>が【Yes】の場合、以下を入力>

Valve	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes			
<上記【Yes】の場合> Valve Type	<input type="checkbox"/> Plasty	<input type="checkbox"/> Ring	<input type="checkbox"/> Mechanical	<input type="checkbox"/> Bioprosthesis <input type="checkbox"/> Homograft
	<input type="checkbox"/> Autologous Tissue	<input type="checkbox"/> ePTFE		
Conduit or Patches	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes			
<上記【Yes】の場合> Conduit or Patches Type	<input type="checkbox"/> Artificial	<input type="checkbox"/> Autologous Tissue	<input type="checkbox"/> Xenograft	
Others	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes			

Others	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes
--------	--

術前情報

術前CICU入室	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	在宅酸素(術前)	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes
術前静脈注射薬	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes		
<上記【Yes】の場合> 術前静脈注射薬の内容	<input type="checkbox"/> カテコラミン <input type="checkbox"/> プロスタグランディ <input type="checkbox"/> その他		

術前リスクファクター : 「JCCVSD_V2 記入用紙定義一覧」からIDを選択

術前リスクファクター 1		術前リスクファクター 2	
術前リスクファクター 3		術前リスクファクター 4	
術前リスクファクター 5		術前リスクファクター 6	

術前心カテ	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes
<術前心カテ【Yes】の場合> 術前心カテ > 50% PH	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> Unknown
<術前心カテ【Yes】の場合> 術前心カテ 肺血管抵抗	<input type="checkbox"/> <=2 Wood Units <input type="checkbox"/> >2 Wood Units <input type="checkbox"/> >4 Wood Units <input type="checkbox"/> >6 Wood Units <input type="checkbox"/> Unknown

redo resternotomy	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes
<上記【Yes】の場合> redo resternotomy 回数	<input type="radio"/> 2nd <input type="radio"/> 3rd <input type="radio"/> 4th <input type="radio"/> 5th <input type="radio"/> >=6th <input type="radio"/> Unknown

術前投薬	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes
<上記【Yes】の場合> 術前投薬の内容	<input type="checkbox"/> Coumadin (ワーファリン) <input type="checkbox"/> ステロイド <input type="checkbox"/> ACE Inhibitors <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> Digitalis <input type="checkbox"/> Beta Blockers <input type="checkbox"/> Inotropic Agents <input type="checkbox"/> Aspirin <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> Antiplatelets other than Aspirin <input type="checkbox"/> 肺動脈性肺血圧症治療薬 <input type="checkbox"/> 利尿剤

手術情報

診断(Diagnoses) : 「JCCVSD_V2 記入用紙定義一覧」からIDを選択

※ 今回術式に最も関連した診断から順に入力してください

診断(Diagnoses) 1		診断(Diagnoses) 2	
診断(Diagnoses) 3		診断(Diagnoses) 4	
診断(Diagnoses) 5		診断(Diagnoses) 6	

身長 (cm)	cm	体重 (kg)	kg
---------	----	---------	----

手術年月日	年	月	日
手術場所	<input type="radio"/> OR <input type="radio"/> Cath Lab <input type="radio"/> Hybrid Suite <input type="radio"/> CVIVU <input type="radio"/> NICU <input type="radio"/> PICU <input type="radio"/> SICU <input type="radio"/> Other		

手術開始日時	年	月	日	時	分
手術終了日時	年	月	日	時	分
麻酔時間 (麻酔開始-麻酔終了)	時間	分			
術者			第一助手		
その他の助手			その他の助手		
指導的助手			術者、第一助手、指導的助手には、 心臓血管外科学会会員番号を入力する		
手術の緊急度	<input type="radio"/> Elective	下記の Urgent, Emergent, Salvage のいずれにも含まれない手術			
	<input type="radio"/> Urgent	術決定後24時間以内に手術が開始された手術			
	<input type="radio"/> Emergent	手術が直ちに開始されたもの			
	<input type="radio"/> Salvage	手術室搬送時もしくは手術室内にて麻酔導入以前に心肺蘇生を要したものの			
手術のタイプ	<input type="radio"/> CPB/根治 <input type="radio"/> CPB/非根治 <input type="radio"/> non CPB/根治 <input type="radio"/> non CPB/非根治				
到達方法	<input type="checkbox"/> 右開胸 <input type="checkbox"/> 左開胸 <input type="checkbox"/> 胸骨正中切開 <input type="checkbox"/> その他				

下記を行っていない場合は、0【ゼロ】を入力してください

<手術のタイプ【CPB/根治】、 【CPB/非根治】の場合> 人工心肺時間(分)	分	人工心肺時間に環境停止時間は加えるが、 MUF時間は加えない	
<手術のタイプ【CPB/根治】、 【CPB/非根治】の場合> 大動脈遮断時間(分)	分	<手術のタイプ【CPB/根治】、 【CPB/非根治】の場合> 循環停止時間(分)	分
心室細動時間(分)	分	誘発した時間のみ	
下半身遮断時間(分)	分	片側脳灌流時間(分)	分
最低直腸温(°C)	°C		

手術術式：「JCCVSD_V2 記入用紙定義一覧」からIDを選択

※ 最も重要な術式から順に入力してください

Aristotle Comprehensive Score は、別途カリキュレータを用いて計算し、手動入力してください

手術術式(Procedure) 1		Aristotle Comprehensive Score	
手術術式(Procedure) 2		Aristotle Comprehensive Score	
手術術式(Procedure) 3		Aristotle Comprehensive Score	
手術術式(Procedure) 4		Aristotle Comprehensive Score	
手術術式(Procedure) 5		Aristotle Comprehensive Score	
手術術式(Procedure) 6		Aristotle Comprehensive Score	

Delayed Sternal Closure	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes-Planned <input type="radio"/> Yes-Unplanned
Mediastinal Exploration	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes-Planned <input type="radio"/> Yes-Unplanned

手術・術後情報

コンテグラ®	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	異種心膜	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes
Gore-Tex®	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes		

<「Gore-Tex®」が【Yes】の場合、下記の「Gore-Tex®」を入力>

Gore-Tex®			
心膜シート	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes		
VSDパッチ	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	ファロー四徴症等を含む	
人工血管	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes		
<上記【Yes】の場合> 人工血管 種類	<input type="checkbox"/> BTシャント <input type="checkbox"/> 右室肺動脈シャント <input type="checkbox"/> 左室肺動脈シャント <input type="checkbox"/> 送血路 <input type="checkbox"/> 血管の置換 <input type="checkbox"/> Extracardiac TCPC <input type="checkbox"/> その他		
パッチ	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes		
<パッチ【Yes】の場合> 流出路パッチ	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes		
<流出路パッチ【Yes】 の場合> 流出路パッチ 弁付き	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes		
<流出路パッチ 弁付き 【Yes】の場合> 流出路パッチ 弁付き 種類	<input type="radio"/> Gore-Tex® <input type="radio"/> Gore-Tex® 以外		
<パッチ【Yes】の場合> 血管形成	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	その他	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes

輸血	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	MAP,FFP,PLTのみ	
NOの使用	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes		
低酸素療法	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	術後人工呼吸器に接続した場合	
<上記【Yes】の場合> 低酸素療法 種類	<input type="checkbox"/> N2 <input type="checkbox"/> CO2 <input type="checkbox"/> その他		

挿管の有無	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes
-------	--

<「挿管の有無」が【Yes】の場合、下記を入力>

挿管日時	年 月 日 時 分	入院時挿管症例、気管切開症例で、人工呼吸器が繋がれている場合の挿管時間は、入院日とする
抜管日時	年 月 日 時 分	術後抜管せずに、転院または退院した症例の抜管時間は退院日とする
再挿管の有無	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	
<再挿管の有無【Yes】の場合> 最終抜管日時	年 月 日 時 分	

術後合併症：「JCCVSD_V2 記入用紙定義一覧」からIDを選択

※ 合併症がない場合は、「合併症 1」に【None】を入力してください

術後合併症 (Complication) 1		術後合併症 (Complication) 2	
術後合併症 (Complication) 3		術後合併症 (Complication) 4	
術後合併症 (Complication) 5		術後合併症 (Complication) 6	
術後30日状態	<input type="radio"/> Alive <input type="radio"/> Dead	術後90日状態	<input type="radio"/> Alive <input type="radio"/> Dead