

TKA / UKA / PFA 登録フォーム 1

I 病院、術者と患者 (同意書に記入されたものを参照すること)

該当項目に○、または記入

JAR 登録病院 (施設 ID をお書き下さい)			
執刀医イニシャル	姓 () 名 ()	指導医イニシャル	姓 () 名 ()
生年月日 (西暦)	年 月 日生	性別	男 / 女
名前 (ひらがな)	(「たろう」の「た」を記入、名字ではないので注意)	生まれた場所	(都道府県名、国外の場合には、「国外」と記入)
貴院における患者 ID			

II 初回 TKA/UKA/PFA

手術年月日 (西暦)	20 年 月 日	今回の手術	TKA / UKA / PFA
手術側	右 / 左 (両側同日の場合、2枚作成する)	UKA の場合	内側 / 外側
既往手術	なし / HTO 後 / 鏡視下手術後 / その他 ()		
手術診断名	OA / RA または RA 類似疾患 / ION / 外傷 / シャルコー関節 / その他 ()		

III 再手術 TKA/UKA/PFA (再手術とはいかなる理由でもインプラントを抜去または入れ換えした場合とする)

初回手術時について (この項目は、可能であれば記載する)			
初回手術年月日 (西暦)	年 月 日	初回手術施設名	
初回手術診断名	OA / RA または RA 類似疾患 / ION / 外傷 / シャルコー関節 / その他 ()		
今回の手術年月日 (西暦)	20 年 月 日	今回の手術	TKA / UKA / PFA
手術側	右 / 左 (両側同日の場合、2枚作成する)	UKA の場合	内側 / 外側
再手術回数 (今回の手術を含める)	1・2・3・4 / それ以上 回 / 不明		
手術の理由	loosening (大腿骨・脛骨・膝蓋骨) / 感染 / 脱臼・instability / インプラント破損 (大腿骨・脛骨・膝蓋骨) / ポリエチレン摩耗 (脛骨・膝蓋骨) / 外傷 / 可動域制限 / その他 ()		
手術の内容	抜去のみ (大腿骨・脛骨・insert・膝蓋骨) / 再置換術 (大腿骨・脛骨・insert・膝蓋骨)		

抜去したインプラント名 (抜去した場合、必ず記入すること。)

(商品名等わからない場合は「不明」と記入。抜去のみの手術の後など、再置換部位にインプラントがない場合は「なし」と記入。)

	大腿骨	脛骨	insert	膝蓋骨
メーカー名				
商品名				

IV 手術手技 (再手術の時で、登録が不要な項目は項目名に×をつける。手術時間・アプローチ以外)

手術時間	時間 分 □両側合わせて (手術時間が左右合計の場合はチェックを入れる)		
アプローチ	para-patella / mid-vastus / sub-vastus / lateral / QS / その他 ()		
minimally invasive technique	なし / あり	navigation system	非使用 / 使用
膝蓋骨置換	非置換 / 置換		
セメント	セメントレス / Hybrid (大腿骨・脛骨・膝蓋骨) / セメント ※セメントスペーサーでのセメント使用は回答不要		
抗生剤含有セメント	なし / あり (「抗生剤名」を グラム / セメント 1 パック)		
骨移植	なし / 一部あり (自家・同種) (大腿骨・脛骨・膝蓋骨) / あり (自家・同種) (大腿骨・脛骨・膝蓋骨) (「一部あり」は cyst や小欠損に対する骨移植、「あり」は明らかな骨欠損に対する骨移植や impaction bone graft など)		
生体活性材料 (人工骨など) の使用	なし / 一部あり (大腿骨・脛骨・膝蓋骨) / あり (大腿骨・脛骨・膝蓋骨) 商品名 ()		
補強部品	なし / あり 商品名 ()		

TKA / UKA / PFA 登録フォーム 2

該当項目に○、または記入

JAR 登録病院 (施設IDをお書き下さい)		患者生年月日 (西暦)	年 月 日生
手術年月日 (西暦)	20 年 月 日	手術側	右 / 左 (両側同日の場合、2枚作成する)

(フォーム1枚目と2枚目の文書が同一患者のものであることを確認するために必ず記入すること)

UMIN 症例登録番号

V COMPONENT LABEL の添付

使用したコンポーネントのラベルを貼る

大腿骨側

スクリュー

脛骨側

ベースプレート

生体活性材料

インサート

補強部品

膝蓋骨側

その他

セメント