

# THA 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 (日には記入しない)                 | 性別       | 男 / 女                   |  |  |
| 名前<br>(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) |  |  |
| 加工 ID                    | (加工 ID について不明な場合は、事務局へメールで問い合わせください) |          |                         |  |  |

## II 初回手術 THA

|            |   |     |                        |  |  |
|------------|---|-----|------------------------|--|--|
| 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) |  |  |
| 既往手術       | なし / 骨切り術 (股臼側・大腿骨側) / その他 ( )                          |     |                        |  |  |
| 手術診断名      | 一次性 OA / 亜脱臼性 OA / ION / 外傷 / RA (RA 類似疾患を含む) / その他 ( ) |     |                        |  |  |

## III 再手術 THA (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                      | 一次性 OA / 亜脱臼性 OA / ION / 外傷 / RA (RA 類似疾患を含む) / その他 ( )  |         |                        |  |  |
| 今回の手術年月日 (西暦)                | 20 年 月 日   | 手術側     | 右 / 左 (両側同日の場合、2枚作成する) |  |  |
| 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                        | aseptic loosening (臼蓋・大腿骨) / 感染 / インプラント破損 (臼蓋・大腿骨) / ポリエチレンの摩耗 / Osteolysis (臼蓋・大腿骨) / 骨折 (臼蓋・大腿骨) / 脱臼・instability / その他 ( ) |         |                        |  |  |
| 手術の内容                        | 抜去のみ (股臼側・insert・大腿骨側・骨頭) / 再置換術 (股臼側・insert・大腿骨側・骨頭)  |         |                        |  |  |

### 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。)

|          | 股臼側               | insert                    | 大腿骨側 | 骨頭                   |
|----------|-------------------|---------------------------|------|----------------------|
| メーカー名    |                   |                           |      |                      |
| 商品名      |                   |                           |      |                      |
| サイズ (直径) | mm                |                           |      | mm                   |
| 材質       | 金属 / PE / その他 ( ) | 金属 / セラミック / PE / その他 ( ) |      | 金属 / セラミック / その他 ( ) |

## 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 <input type="checkbox"/> 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              | 前方 / 側方 / 後方 / その他 ( ) (側方は中殿筋を翻転または一部切離するアプローチ)   |
| 大転子                | 非切離 / 一部切離 / 切離 <input type="checkbox"/> <b>minimally invasive technique</b> なし / あり <input type="checkbox"/> <b>navigation system</b> 非使用 / 使用 <input type="checkbox"/> |
| セメント               | セメントレス / Hybrid (臼蓋・大腿骨) / セメント ※セメントスパ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 (自家骨・同種骨) (臼蓋・大腿骨) / あり (自家骨・同種骨) (臼蓋・大腿骨)<br>(「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 (臼蓋・大腿骨) / あり (臼蓋・大腿骨)<br>商品名 ( )  |
| 補強部品               | なし / あり (臼蓋・大腿骨) 商品名 ( )   |

# THA 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

股臼側

アウター (カップ)

スクリュー

インナー

大腿骨側

ステム

生体活性材料

骨頭

補強部品

セメント

その他 (セメントプラグなど)