

解剖学的 TSA/リバーstype TSA 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	(日にちは記入しない)	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)		
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 解剖学的 TSA/リバーstype TSA

(初回の人工肩関節置換術として解剖学的 TSA またはリバーstype TSA を選択した場合)

選択した TSA	解剖学的 TSA / リバーstype TSA				
手術年月日 (西暦)	20 年 月 日	手術側	右 / 左	利き腕	右 / 左
既往手術	なし / 腱板修復術 (鏡視下・オープン) / 上腕骨近位端骨折 / 関節脱臼制動術 / その他 ()				
手術診断名	Cuff tear arthropathy (CTA) / 腱板広範囲断裂 / 一次性 OA / RA または RA 類似疾患 / 上腕骨近位端骨折 / 骨折続発症 / ION / その他 ()				

III 再手術 解剖学的 TSA/リバーstype TSA

(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	CTA / 腱板広範囲断裂 / 一次性 OA / RA または RA 類似疾患 / 上腕骨近位端骨折 / 骨折続発症 / ION / その他 ()				
初回手術名	人工骨頭置換術 / 解剖学的 TSA / リバーstype TSA				

選択した TSA	解剖学的 TSA / リバーstype TSA				
今回の手術年月日 (西暦)	20 年 月 日	再手術側	右 / 左		
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				
再手術の理由	loosening (上腕骨・肩甲骨) / 感染 / 脱臼・instability / インプラント破損 (上腕骨・肩甲骨) / ポリエチレン摩耗 (上腕骨・肩甲骨) / 外傷 / 可動域制限 / その他 ()				
再手術の内容	抜去のみ (上腕骨・肩甲骨・insert) / 抜去+待機手術 (上腕骨・肩甲骨・insert) (関節窩形成・抗生剤入りスペーサー挿入) / 再置換 (上腕骨・肩甲骨・insert)				

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。)

	上腕骨	肩甲骨	insert
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	アプローチ	Deltopectoral / Anterosuperior / その他 ()		
腱板断裂	なし / あり (棘上筋・棘下筋・肩甲下筋・小円筋)				
腱板修復	なし / あり (棘上筋・棘下筋・肩甲下筋・小円筋)		上腕骨インプラント設置後捻角度	度	
セメント	セメントレス / Hybrid (上腕骨・肩甲骨) / 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) (上腕骨・肩甲骨) / あり (自家・同種) (上腕骨・肩甲骨) (「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など)				
生体活性材料 (人工骨など) の使用	なし / 一部あり (上腕骨・肩甲骨) / あり (上腕骨・肩甲骨)				
補強部品	なし / あり (関節窩・上腕骨) 商品名 ()				

解剖学的 TSA/リバーstype TSA 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

(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

スクリュウ

グレノイドコンポーネント/ベースプレート

ステム

セメント

インサート

生体活性材料

ヘッド/グレノスフィア

補強部品

メタフィシス

その他 (スペーサーなど)

※ 商品名、カタログ番号、ロット番号が見えるように貼付