

リバーズ型 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 ()
(事前登録のイニシャルを記入。執刀医、指導医が事前登録していなければ、このフォームを提出と同時に登録用紙を送る)			
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 初回手術 リバーズ型 TSA (初回の人工肩関節置換術としてリバーズ型 TSA を選択した場合)

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 ()				
関節窩骨形態*	Walch 分類	A1 / A2 / B1 / B2 / C	Favard 分類	E0 / E1 / E2 / E3 / E4	
Hamada 分類 Grade* (CTA、腱板広範囲断裂の場合のみ)	1 / 2 / 3 / 4a / 4b / 5				

III 再手術 リバーズ型 TSA (人工骨頭置換術、解剖学的 TSA の再手術にリバーズ型 TSA を選択した場合、もしくはリバーズ型 TSA を抜去または入れ換えした場合) (インプラントを抜去または入れ換えをしない手術は含まない)

前回手術時について (この項目は、可能であれば記載する)	
前回手術年月日 (西暦)	年 月 日 前回手術施設名
前回手術診断名	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 ()
前回手術名	人工骨頭置換術 / 解剖学的 TSA / リバーズ型 TSA
今回の手術年月日 (西暦)	20 年 月 日 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
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 ()
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)

	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・腱板断裂)			
Goutallier 分類 stage** (CTA、腱板広範囲断裂の場合のみ)	棘上筋	0 / 1 / 2 / 3 / 4	棘上筋	0 / 1 / 2 / 3 / 4
	肩甲下筋	0 / 1 / 2 / 3 / 4	小円筋	0 / 1 / 2 / 3 / 4
腱板修復*	なし / あり (棘上筋・棘下筋・肩甲下筋・小円筋)	結節修復* (骨折の場合のみ)	なし / あり (大結節・小結節)	
セメント	セメントレス / Hybrid (上腕骨・肩甲骨) / セメント			
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	上腕骨インプラント設置後捻角度**	度	

送信先 FAX:075-366-7663
リバーズ型 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)

V COMPONENT LABEL の添付

使用したコンポーネントのラベルを貼る

肩甲骨側

ベースプレート

スクリュー

上腕骨側

ステム

生体活性材料

インサート

補強部品

グレノスフィア

メタフィシス

セメント

スペーサー (オプション)